

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES**

**PLANEACION FINANCIERA DE UN PRODUCTO DE VIDA Y ASISTENCIA
MEDICA PARA PYMES QUE SEA AUTOSUTENTABLE Y RENTABLE PARA LA
COMPAÑÍA DE SEGUROS EMISORA.'**

**DISERTACION DE GRADO PREVIA LA OBTENCION DEL TITULO DE
INGENIERIA COMERCIAL**

SANTIAGO CASTRO DARQUEA

DIRECTOR: VICTOR RUIZ

QUITO, OCTUBRE 2013

DIRECTOR DE DISERTACION

Ing. Victor Ruiz

LECTORES

Ec. Yaskarina Galárraga

Ing. Jorge Altamirano

DEDICATORIA

A quienes directa o indirectamente ingresan en el
envolvente mundo de los seguros. A todos quienes
buscan sus sueños, a quienes complementan sus
estudios con trabajando, a quienes abren las puertas
con sus propias manos, y entienden que el presente es
el camino que construimos con pasión en busca de
mejores presentes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por haberme enseñado con el ejemplo a nunca bajar los brazos y seguir adelante pese a cualquier problema pero sobretodo les agradezco por la confianza que tienen en mí.

A mi hermano Carlos, por su amistad incondicional su y su compañerismo.

A mi hermana Anita por haberme demostrado que las cosas se consiguen con perseverancia.

A mí amada Pao por pelear nuestras batallas espalda con espalda, por estar conmigo en este proceso, por compartir sus logros y sus tristezas, por ser mi compañera de vida

Finalmente agradezco a todos quienes formaron parte de este resultado, quienes creyeron y creen en mí

INDICE

INTRODUCCION, 1

1. SITUACION ACTUAL DEL SECTOR DE SEGUROS DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA, 6

- 1.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL SEGURO EN EL MUNDO, 6
- 1.2. EVOLUCIÓN DEL MERCADO DE SEGUROS DEL ECUADOR., 9
 - 1.2.1. Principales aseguradoras, 11
 - 1.2.2. Crecimiento en los últimos 2 años, 13
- 1.3. COMPOSICION DEL MERCADO DE SEGUROS DEL ECUADOR., 14
- 1.4. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA, 20
 - 1.4.1. Principales Compañías, 21
 - 1.4.2. Normativa y Legislación, 26
 - 1.4.2.1. Ley General de Seguros del Ecuador, 26
 - 1.4.2.2. La ley que regula el funcionamiento de Empresas de Medicina Prepagada en Ecuador, 28
 - 1.4.3. Posibles contingencias legales, 30
 - 1.4.4. Organismos de Control, 31
 - 1.4.5. Compañías de Seguros versus Compañías de Medicina Prepagada en el Ecuador, 33
- 1.5. SINIESTRALIDAD DE SEGUROS POR RAMO, 37
 - 1.5.1. Ramo de Vida, 37
 - 1.5.2. Asistencia médica, 39
 - 1.5.3. Ramos Generales, 40

2. SEGUROS DE RIESGO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA PRODUCTO “MINIMED” ENFOCADO EN PYMES, 43

- 2.1. SEGUROS DE VIDA, 43
 - 2.1.1. Concepto, 43
 - 2.1.2. Coberturas, 45
 - 2.1.3. Seguros adicionales, 46
- 2.2. SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA, 49
 - 2.2.1. Concepto, 49
 - 2.2.2. Principales coberturas, 50
- 2.3. PRODUCTO MINIMED, 53
 - 2.3.1. Condiciones generales, 53
 - 2.3.1.1. Seguros de Vida, 55
 - 2.3.1.2. Incapacidad Total y Permanente, 58
 - 2.3.1.3. Beneficios por muerte, desmembración y perdida de la vista por accidente, 60
 - 2.3.1.4. Beneficio de gastos médicos aplicable al empleado y a sus familiares dependientes, 63
 - 2.3.1.5. Calculo de prima, 72

- 2.3.1.6. Reclamaciones, 76
- 2.3.1.7. Aviso y prueba de reclamación, 77
- 2.3.1.8. Registro de empleados y familiares dependientes asegurados, 79
- 2.3.2. Condiciones Particulares, 80
- 2.3.3. Principales Competidores, 95
- 2.3.4. Prima pagada expresada en valores por año, 102
- 2.3.5. Siniestros pagados expresados en valores y por año, 104
- 2.3.6. Mecanismos de control y evaluación de riesgo asegurado, 106

3. APLICACIÓN DE LA PLANIFICACION FINANCIERA A UN CASO PRACTICO, 110

- 3.1. VENTAS, 110
- 3.2. GASTOS ADMINISTRATIVOS, 110
- 3.3. GASTOS COMERCIALES, 112
- 3.4. FLUJO DE CAJA, 113
 - 3.4.1. Flujo de Caja Libre, 115
- 3.5. BALANCE GENERAL DEL PRODUCTO PROYECTADO, 117
- 3.6. INDICADORES FINANCIEROS APLICADOS AL PRODUCTO, 123
- 3.7. INTERPRETACIÓN Y SEMAFORIZACIÓN DE INDICADORES, 125
 - a) Liquidez
 - b) Liquidez Inmediata
 - c) Seguridad
 - d) Rentabilidad para los accionistas
 - e) Rentabilidad de los activos
 - f) Tasa de gastos de administración
 - g) Tasa de gastos de producción
 - h) Tasa de gastos de operación
 - i) Cesión de reaseguro
 - j) Endeudamiento
 - k) Tasa de siniestralidad retenida devengada
 - l) Costo de siniestralidad
 - m) Razón combinada
 - n) Tasa de utilidad técnica
 - o) Reservas Técnicas Vs Siniestros Retenidos
 - p) Reservas técnicas a primas netas retenidas.
 - q) Activo para prima neta emitida
 - r) Solvencia
 - s) Oxigenación de cartera
 - t) Valor Actual Neto (VAN) y Tasa Interna de Retorno (TIR).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, 145

- 4.1. CONCLUSIONES, 145
- 4.2. RECOMENDACIONES, 147

BIBLIOGRAFIA, 150

ANEXOS, 151

RESUMEN EJECUTIVO

El ser humano desde sus orígenes ha ingeniado métodos y sistemas para protegerse mutuamente de todos los riesgos que le asechan, por lo que se da origen a la creación de los seguros en el mundo como una institución, la misma que está presente en Ecuador desde la década de 1930, y través de los años ha sufrido constantes cambios, fusiones, cierre de empresas, creaciones de leyes y reglamentos, la formación de una entidad de control, entre otros para llegar a ser el sistema asegurador que ahora conocemos, mismo que se encuentra en crecimiento constante. Actualmente existen más de 40 compañías de seguros operando en el país ofreciendo coberturas en diferentes ramos.

Esta tesis está enfocada en las compañías que ofrecen coberturas de vida y asistencia médica quienes compiten deslealmente contra el seguro obligatorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y contra empresas de Medicina prepagada que tienen como ventaja su flexibilidad debido al poco control que recae sobre ellas.

Se analiza el comportamiento de los seguros de vida y asistencia médica en el país, sus conceptos y condiciones, así como también la cantidad de siniestros que afectan a este ramo, enfocándose especialmente en el producto MINIMED creado para brindar protección de vida y gastos médicos a pequeñas y medianas empresas.

Mediante un caso práctico en cual se utilizan herramientas financieras que proyectan el comportamiento del producto 7 años en el tiempo partiendo de datos históricos de los últimos 3 años se determinó que producto analizado cumple con las expectativas de Autosustentabilidad y de Rentabilidad para la empresa emisora, por lo que son los indicadores financieros que resultan del análisis quienes demuestran la sostenibilidad del producto en el tiempo, así como sus puntos más sensibles facilitando la toma de decisiones en cuanto la administración futura del producto.

INTRODUCCION

Durante los últimos años el mercado asegurador ha atravesado un proceso interesante de acoplamiento a la realidad socio-económica ecuatoriana, con el propósito de tener una mayor participación en el mercado y explotar sectores sociales que décadas atrás no se veían como una fuente de ingresos llamativa por diversas razones. Una de éstas razones es la barrera del conocimiento sobre seguros y los beneficios que estos brindan al asegurado, las primas a pagar calculadas no en base a análisis técnicos de sensibilidad de variables como la siniestralidad y su tendencia en el tiempo, sino más bien impuestas por la alta rentabilidad esperada por las compañías de seguros y la competencia desleal y agresiva que existe entre ellas.

En Ecuador se encuentran constituidas 44 compañías de seguros, 7 más que las registradas hace una década. De las cuales 41 son compañías aseguradoras nacionales y 4 son compañías extranjeras. Mismas que han sufrido procesos de fusión, liquidación, ampliación y diversificación de productos. Siendo la más antigua empresa constituida en el país “LA NACIONAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.”, fundada en el año de 1940, considerada una compañía de riesgos mixtos que en el año 2001 su razón social fue sustituida por la de “GENERALI ECUADOR CIA DE SEGUROS S.A.” para identificar a la compañía con el grupo Generali en Ecuador.

Además se puede señalar que como consecuencia de los procesos de fusión y liquidación de compañías se ha consolidado la posición de los dos principales grupos aseguradores Colonial (ahora llamada QBE-Colonial) y Equinoccial que concentran en un alto porcentaje el primaje nacional.

Se puede determinar que el mayor número de aseguradores que existen en el mercado nacional se dedican a riesgos mixtos, los cuales son una mezcla de seguros de ramos generales, que básicamente cubren las pérdidas o daños materiales causados a los bienes asegurados, como consecuencia directa de incendio, impacto de rayo, humo y las medidas adoptadas para evitar su propagación y extensión, con ramos personales como accidentes, de ahí se forman pólizas creadas especialmente para ciertos bienes como las de vehículos que son una mezcla de varios tipos de coberturas, seguros de transporte, entre otros. En un menor grupo se puede encontrar a las aseguradoras que se especializan en seguros de personas brindando solamente coberturas de accidentes personales, asistencia médica, vida individual o grupal. Dichas empresas históricamente han basado su principal cartera de clientes en cuentas corporativas, es decir aseguran principalmente a grandes empresas que en número de personas van desde 25 en adelante, teniendo casos de universidades con más de 9000 asegurados, empresas petroleras, bancos, etc.

Sin embargo, actualmente el 69,2% de los ecuatorianos no tienen ningún tipo de cobertura de seguro médico (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.2010). Por otro lado, el 19,7% está afiliado al IESS y tan sólo un 1,4% tiene algún seguro privado, por lo que se

puede decir que aseguradoras de vida y asistencia médica compiten en desventaja con los seguros estatales ya que en el Ecuador, es obligatoria la afiliación de los empleados en relación de dependencia al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.2010), dedicado a brindar servicios de asistencia médica hospitalaria, ambulatoria, medicina preventiva y planes de jubilación. Por lo que si comparamos la cantidad de personas aseguradas al seguro social con el volumen de personas aseguradas en empresas privadas resulta obvio decir que el IESS se lleva gran parte del Mercado asegurado.

El Ecuador, en cuanto a servicio de seguro médico se refiere, se ha caracterizado por sus deficiencias de atención a la salud pública, pues a pesar de contar con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y divulgar en cierto modo los beneficios que brindan los aportes que los ecuatorianos en relación de dependencia o voluntariamente realizan mes a mes, es un sistema que no cumple con las expectativas en cuanto a calidad y servicio que la población tiene, por lo que usarlo se vuelve un trámite engorroso, demorado por la burocracia y complementado con una mala atención al cliente, lo que en muchos casos incrementa el riesgo de muerte y empeoramiento del paciente.

La falta de confianza de los asegurados en este sistema y la buena experiencia de las grandes empresas con el uso de seguros privados de asistencia médica, motiva a las personas a la contratación de este tipo de productos o de medicina pre-pagada. Encontrando una serie de beneficios que no solo buscan satisfacer las necesidades

médicas del empleado bajo dependencia sino también la de su familia y hasta su economía dependiendo del producto que el asegurado elija, lo que produce que los seguros de vida y asistencia médica privados se vuelvan atractivos para los individuos y para las pequeñas y medianas empresas, que años atrás no veían al factor seguros personales como una necesidad.

De esta forma, el crecimiento de las primas en los ramos generales fue de 7.84%, mientras que en los ramos de vida se observó un crecimiento del 15.54% en el 2011, fomentado principalmente por la mayor colocación en primas de vida en grupo. Siendo este uno de los ramos que mayor margen de utilidad generan para las compañías especializadas en seguros personales por su baja siniestralidad pero alto riesgo de variación.

En el Ecuador a través de tiempo, compañías de seguros que tienen aprobados los ramos personales y de salud han creado productos dirigidos a Pymes, con beneficios muy llamativos para el consumidor y con el propósito de generar un crecimiento acelerado de ventas e ingresos, pero con cálculos incorrectos sobre las variables financieras sensibles de estos productos, las cuales afectan su rentabilidad futura y su sostenibilidad en el tiempo.

El mal cálculo en las primas de los seguros dirigidos a PyMes posiblemente influenciado en factores como el margen de rentabilidad que la compañía esperada a corto plazo, las

primas de productos de la competencia o eventos históricos cortos con tendencias no bien definidas, no permite estimar resultados reales sobre la utilidad que genera la venta del seguro en un período determinado, ni las provisiones necesarias. Lo que en la práctica ha dado como resultado que los productos reflejen una rentabilidad irreal los primeros años de vida pero no se logre ver las pérdidas que pueden generar en el futuro en caso de siniestros hasta que la siniestralidad es insostenible. Por esta razón algunas compañías de seguros han tomado la decisión de detener la comercialización de las pólizas y a corto plazo cancelar el producto.

Mediante este análisis se busca justificar financieramente la mantención de un producto de asistencia médica y vida específico llamado Minimed, el cual es dirigido a Pequeñas y Medianas Empresas (PyMES) que soporte de manera efectiva el gasto de siniestralidad generado por los asegurados, el costo de los beneficios adicionales que pueda brindar la póliza, comisiones necesarias para la promoción y gastos de venta del mismo además del margen de utilidad que requiera la compañía con la finalidad del que el producto sea autosustentable y genere rentabilidad para la Compañía de seguros.

1. SITUACION ACTUAL DEL SECTOR DE SEGUROS DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA.

1.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL SEGURO EN EL MUNDO

Por naturaleza los seres humanos desde su origen han intentado de una u otra forma estar protegidos frente a los diferentes riesgos naturales que los asechaban, lo que de alguna manera incidió en la aparición del seguro. Mediante la agrupación de individuos, la sociedad humana ha demostrado su instinto de solidaridad y asistencia mutua latente para remediar en conjunto hechos que de suscitarse afectan a un solo individuo parte de esa sociedad.

La mutualidad es la unión de muchas personas expuestas a los mismos riesgos y peligros bajo el compromiso de asumir entre todas, los costos de la indemnización de las pérdidas o daños ocurridos a los miembros de la comunidad. Esta es la primera manifestación del Seguro que se presenta en los pueblos de la antigüedad.

Los pueblos antiguos utilizaban figuras y reglamentos en los cuales se puede resaltar que comprendían que para sobrevivir y desarrollarse debían cooperar entre todos, pero que tal asistencia y cooperación excluía los actos negligentes e irresponsables de quienes formaban parte de la sociedad, como por ejemplo en el Talmud, que es una

obra que recoge principalmente discusiones rabínicas sobre leyes judías y sus tradiciones, se pueden encontrar frases como: “Los marinos pueden convenir que si uno de ellos pierde su nave por negligencia o culpa, no habrá obligación de facilitarle otra”, esto traducido al lenguaje moderno se lo determina como “El principio de culpa del interesado”

Citas y pasajes como el anteriormente mencionado se encuentran en códigos antiguos, que determinaban el comportamiento de las diferentes sociedades como por ejemplo el Código de Anmarabi (1955 – 1912 A.C.) y en el código de Manut perteneciente al siglo XII A.C. Prácticas similares realizaban los pueblos de Fenicia Cartagena y Egipto, siendo éste último la cuna de una especie de seguro de vida con connotación religiosa.

En las civilizaciones más sobresalientes de la antigüedad tales como Grecia y Roma y de las cuales los pueblos latinos recibimos un caudal de conocimientos religiosos y culturales se reflejan los gérmenes del seguro, tales como la transferencia de un riesgo de una persona a otra. Por ejemplo en Grecia existía una asociación para protegerse de las pérdidas económicas que podía causarse por la fuga de los esclavos, los cuales eran considerados como mercancías en esa época. En Roma no se conoce el seguro propiamente ya que el sistema económico de la época daba poca importancia al comercio en general, actividad que no era bien vista y respetada por la cúpula que gobernaba el imperio.

En la Edad Media, existieron dos hechos que marcaron la época en términos de seguros, el primero fue el aumento del comercio marítimo a través del Mar Mediterráneo, lo que conllevó a los habitantes de la Italia Medieval a vivir nuevas aventuras junto con mayores riesgos para ellos y sus naves, por lo que una figura llamada el Préstamo a la Gruesa aparece con fuerza para garantizar que una nave llegaría de un puerto a otro, donde un prestatario anticipaba la indemnización al dueño de la embarcación, y al momento de llegar, el dinero o la indemnización anticipada sería restituida. El segundo hecho fue que la iglesia Católica tuvo un poder muy importante en la época, y creó leyes y reglas para que los habitantes no acumularan riqueza con el propósito de no perder poder ni credibilidad, esto afectó directamente a los prestamistas, ya que toda persona que cobraba intereses por un préstamo era tachado de hereje, por lo que tanto prestamistas como dueños de embarcaciones se las ingeniaron para emitir la primera póliza de seguros, pagando los intereses de préstamo en forma de prima, y firmando un contrato donde el prestamista estaba obligado a pagar la indemnización si la nave no llegaba a su destino final a causa de un siniestro, burlando así la disposición de la iglesia y dando nacimiento a la institución de seguros, la misma que se estructura completamente en el siglo XV.

Se puede concluir que los seguros nacen como una consecuencia simple de la actividad económica entre pueblos, del principio de protección común y solidaridad entre sociedades y de tendencias capitalistas, haciendo que el individuo tenga una

alternativa de transferir sus riesgos dando paso a las primeras compañías aseguradoras.

1.2. EVOLUCIÓN DEL MERCADO DE SEGUROS DEL ECUADOR.

En Ecuador hasta el 2011 se encontraban constituidas 44 compañías de seguros, 7 más que las registradas hace una década. De las cuales 40 eran compañías aseguradoras nacionales y 4 son compañías extranjeras. Mismas que han sufrido procesos de fusión, liquidación, ampliación y diversificación de productos. Siendo la más antigua empresa constituida en el país “SUD AMERICA DE SEGUROS” Constituida en 1937, más conocida ahora como “LATINA DE SEGUROS”. Por otro lado “LA NACIONAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.”, fundada en el año de 1940, es otra de las más antiguas a nivel nacional, se la considerada una compañía de riesgos mixtos y en año 2001 su razón social fue sustituida por la de “GENERALI ECUADOR CIA DE SEGUROS S.A.” para identificarla como parte del grupo Generali en Ecuador.

Bajo este precedente podemos analizar por décadas los movimientos del mercado asegurador desde la década de los 40, donde se fundaron 6 compañías de seguros y ya existió la primera liquidación de una de las compañías, conocida como “NORWICH UNION FIRE INSURANCE” liquidada en 1938. Siguiendo la tendencia en la década

de los 50, se incorporan al grupo 3 compañías más las cuales siguen operando hasta la actualidad, siendo la más representativa “SEGUROS BOLÍVAR” fundada en 1957. La década de los 60 no fue la excepción, donde 5 nuevos miembros se incluían en el tablero asegurador, siendo un número similar en los 70s.

La década de los 80s desde sus inicios hasta su fin tiene la bandera de ser el primer repunte del mercado asegurador en cuanto a movimientos se refiere, encontramos 7 nuevas empresas aseguradoras en diferentes ramos de las cuales destacan “SEGUROS ORIENTE, AIG METROPOLITANA, ACE SEGUROS Y PAN-AMERICAN LIFE en 1984, compañía que ya tenía operación en Ecuador desde 1956 la cual se manejaba desde su casa matriz en Estados Unidos como una agencia. Debido a la legislación local y a las decisiones de la junta directiva esta empresa se constituye en Ecuador como una Sucursal en 1984 por lo que ingresa en el creciente grupo de aseguradoras de los 80s.

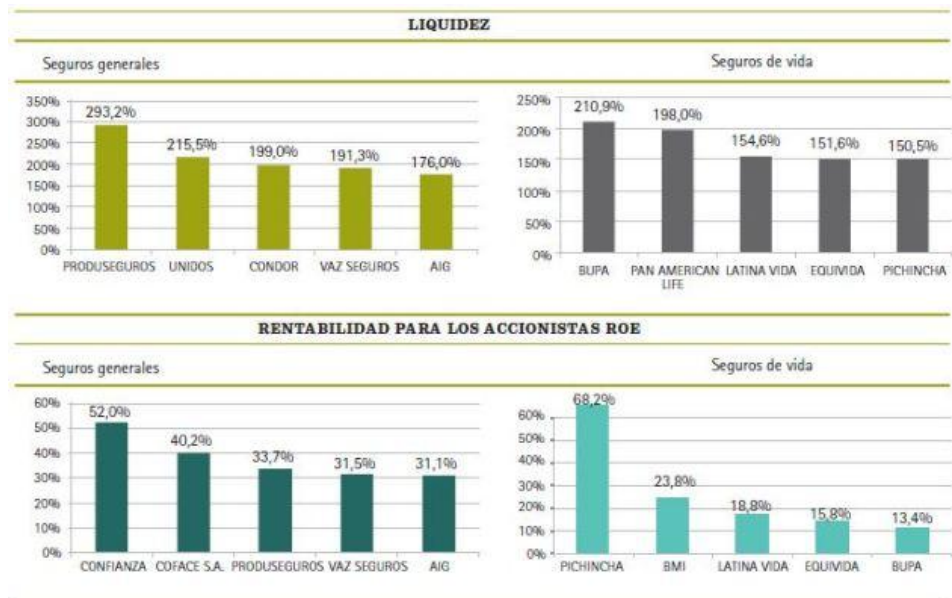
Por otro lado en la misma década 3 compañías cambian su denominación como es el caso más curioso, SEGUROS YAHUARCOCHA pasa a ser la ahora conocida empresa SEGUROS INTEROCEANICA”, así mismo existieron 2 liquidaciones de empresas que en sus resultados presentaron pérdidas y problemas de operación en el tiempo.

Desde 1990 hasta el 2010 se incorporaron alrededor de 26 nuevas compañías de seguros, cambiaron de denominación 5 de éstas compañías y otras 3 fueron liquidadas, así mismo existieron ventas, fusiones, hasta liquidaciones por haber incumplido normas legales, dejando a principios del 2012 a 44 compañías de seguros activas.

1.2.1. Principales aseguradoras.

En los siguientes cuadros se detallan a las principales aseguradoras de Ecuador. Luego de realizar un análisis a los principales indicadores financieros tales como, Calidad de Activos, Solvencia, Eficiencia o Administración, Liquidez y Rentabilidad, de cada una de las compañías aseguradoras del país la revista Financiera Ekos hace referencia a las aseguradoras más importantes, dividiendo a los grupos de aseguradoras en conjuntos lo más homogéneos posibles para poder compararlas entre sí y no hacer una división injusta.

GRÁFICO 1

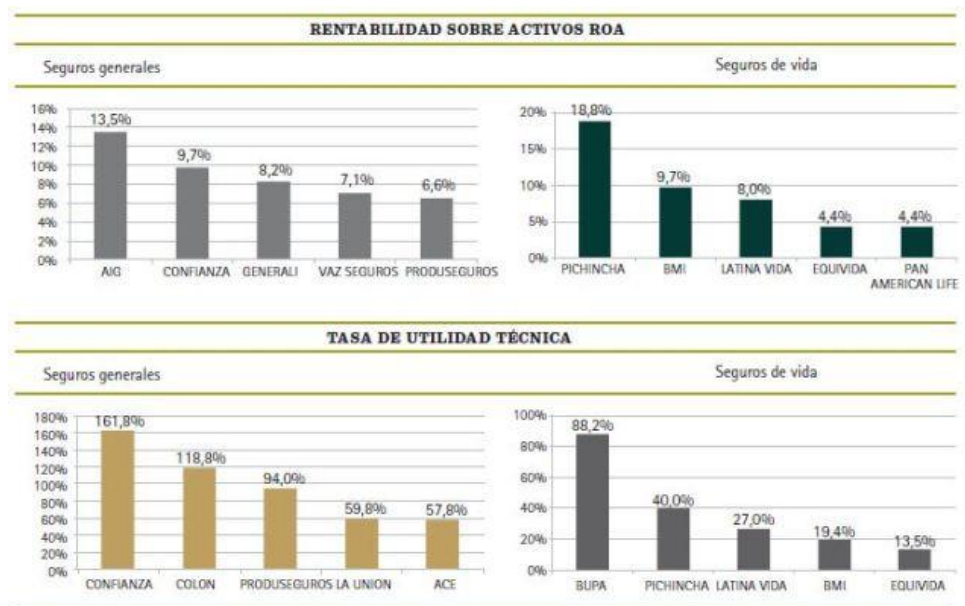


Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador, Ejercicio fiscal 2012

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador

Elaborado: Revista EKOS diciembre del 2012

GRÁFICO 2

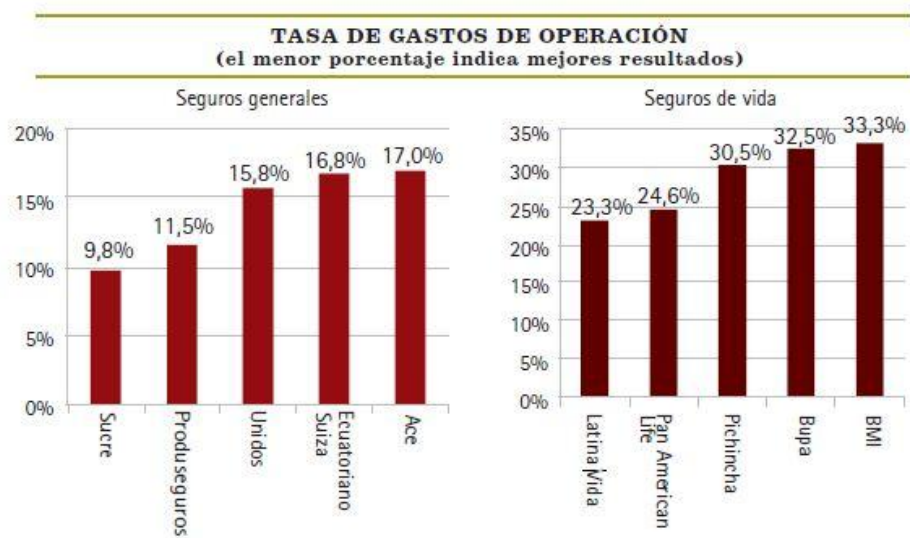


Información financiera en USD millones. / Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador, Ejercicio fiscal 2012

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador

Elaborado: Revista EKOS diciembre del 2012

GRÁFICO 3



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador

Elaborado: Revista EKOS diciembre del 2012

1.2.2. Crecimiento en los últimos 2 años

El sistema de seguros privados durante el ejercicio fiscal del 2012 reporta a diciembre del mismo año un total de activos de USD 1355,5 millones lo que implica una tasa de crecimiento anual del 29,4% frente a los activos registrados en 2011, lo que representa un aumento importante si se considera que la tasa de crecimiento anual registrada entre diciembre de 2010 y 2011 fue del 23,1%. El nivel de activos del sistema de seguros representó el 1,9% del PIB de la economía ecuatoriana en 2012.

Según lo que se presenta en el Gráfico 1 de esta tesis se puede decir que en tamaño y distribución, el sistema de seguros está poco concentrado; las 10

entidades más grandes se llevan el 55,4% del mercado. Las entidades más representativas en nivel de activos son: EQUINOCCIAL con USD 128,8 millones en activos (9,5% del total del sistema); QBE SEGUROS COLONIAL con USD 112,2 millones en activos (8,3% del total del sistema); SUCRE con USD 103 millones en activos (7,6% del total del sistema); ACE con USD 92,8 millones en activos (6,8% del sistema); y, AIG METROPOLITANA con USD 64,3 millones en activos, que representan el 4,7% del total del sistema.

1.3. COMPOSICION DEL MERCADO DE SEGUROS DEL ECUADOR.

Durante los últimos años el mercado asegurador en Ecuador ha atravesado un proceso interesante de acoplamiento a la realidad socio-económica y política ecuatoriana, con el propósito de tener una mayor participación en el mercado y explotar sectores sociales que décadas atrás no se veían como una fuente de ingresos llamativa por diversas razones tal como es la barrera del conocimiento sobre seguros y los beneficios que estos brindan al asegurado, la poca cultura que tienen los ecuatorianos con respecto a asegurar sus bienes, o su salud.

Los cambios en la legislación es otra variable que ha afectado directa e indirectamente al mercado asegurador ya que obliga a las compañías financieras y bancos a no tener empresas en sus grupos económicos que no sean netamente financieras.

Mediante resolución No. JB-2011-1973 de 29 de julio de 2011, se aprobaron las disposiciones que constan en el capítulo VIII “Prohibición constitucional para las instituciones financieras, sus principales accionistas y miembros del directorio, de ser titulares de acciones o participaciones en empresas ajenas a la actividad financiera (Junta Bancaria del Ecuador 2011, resolución no. Jb-2012-2139 página 1).

El Resultado de esta resolución tuvo como consecuencia la venta de la totalidad de acciones de las compañías de seguros que pertenecían a los bancos. Como ejemplo podemos citar algunos casos tales como la venta de Seguros Río Guayas, fundada por el Banco de Guayaquil en 1993 con 70 millones de dólares en primas y una calificación de riesgo local AA+, es considerada la cuarta empresa más grande en el mercado de seguros ecuatoriano. Dicha venta se realizó en enero del 2012 a la empresa multinacional ACE seguros que es un líder mundial en seguros y reaseguros.

Poco a poco ha transcurrido el plazo para los bancos de desvincularse directamente de sus aseguradoras y venderlas por lo que las empresas como Produseguros, Seguros del Pichincha, entre otras concretaron negociaciones con aseguradoras más grandes y grupos económicos dispuestos a comprar sus empresas. El plazo de desvinculación que tienen los bancos para enajenar los negocios que no sean directamente financieros entre ellos las aseguradoras se venció el 13 de Julio del 2012, por lo que se definen sanciones para las entidades que no hay vendido el 100% de sus acciones, adicional a esto existió la posibilidad de que estos negocios sean administrados por

un fidecomiso, el cual se encargaría, en un plazo extendido, de las ventas de éstas compañías.

De las 44 compañías de seguros que se encontraban constituidas hasta diciembre del 2011, Luego de los procesos de fusión, liquidación, venta de aseguradoras, ampliación y diversificación de productos quedan actualmente 41 instituciones vigentes de las cuales 6 son compañías extranjeras. La aseguradora “GENERALI ECUADOR CIA DE SEGUROS S.A.” fundada en 1940 continua siendo la empresa más antigua del sector que actual mente se mantiene en operaciones.

Para principios del 2013 el mercado de seguros en Ecuador se encuentra distribuido de la siguiente manera:

GRÁFICO 4

COMPOSICION DEL MERCADO DE SEGUROS EN EL ECUADOR JUNIO DEL 2012		
VIDA	GENERALES	MIXTOS
BUPA	ALIANZA	ACE
BMI	ASEGURADORA DEL SUR	AIG METROPOLITANA
COLVIDA	BALBOA	MAPFRE ATLAS
EQUIVIDA	CENSEG	BOLIVAR
LONG LIFE SEGUROS	COLON	CERVANTES
LLS	COLONIAL	COOPSEGUROS
PAN AMERICAN LIFE	CONDOR	ECUATORIANO SUIZA
LATINA VIDA	CONFIANZA	EQUINOCCIAL
	CAUCIONES S.A.	GENERALI
	ORIENTE	HISPANA
	LATINA SEGUROS	INTEROCEANICA
	VAZ SEGUROS	LA UNION
	SWEADEN	CONSTITUCION
		PANAMERICANA DEL ECUADOR
		LIBERTY SEGUROS
		ROCAFUERTE
		PICHINCHA
		UNIDOS
		SUCRE
		TOPSEG

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador

Elaborado: Autor

Como se puede apreciar en el Gráfico 4, las 41 compañías de seguros que actualmente operan en Ecuador están divididas en 3 principales grupos, Vida y Asistencia médica, Ramos Generales o Patrimoniales y compañías de riesgo Mixto

las cuales tienen la facultad de dar cobertura a más de un ramo o mezclarlos en diferentes productos.

Algunas de éstas compañías pasaron en el proceso de enajenación o de venta, según la ley antes expuesta, la cual afecta directamente a la participación accionaria de los bancos en negocios conexos (aseguradoras, casas de valores y administradoras de fondos), por tal razón el mercado asegurador está a la expectativa de saber qué es lo que puede pasar luego de realizadas las ventas o ¿qué movimientos estratégicos se realizarán durante el 2014 con los nuevos participantes del mercado? En un listado presentado por la Súper Intendencia de Bancos y Seguros, se detallan las compañías vendidas hasta el 13 de Julio del 2012.

GRÁFICO 5

ASEGURADORAS A LA VENTA 2012	
BANCOS	ASEGURADORAS
BANCON INTERNACIONAL	CERVANTES
BANCO TERRITORIAL	PORVENIR
PRODUBANCO	PRODUSEGUROS
BANCO DEL PICHINCHA	PICHINCHA
BANCO DEL AUSTRO	UNIDOS
BANCO DEL PACIFICO	SUCRE

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador
Elaborado: Autor

Las seis aseguradoras a las que hace referencia el cuadro, culminaron su proceso de enajenación según el plazo que la ley les otorgó el cual fue hasta las 24 horas del día

jueves 13 de Julio del 2012. Bajo un ambiente completamente hermético se concretaron algunas de las negociaciones más importantes, lo que según expertos afectará de manera positiva al mercado asegurador, que al parecer no se encuentra tan consolidado y tiene a muchos competidores luchando por un solo pedazo del pastel.

Los principales interesados en las compras de dichas aseguradoras han sido empresas multinacionales, grupos económicos grandes como es el caso del Holding del Grupo Futuro, el cual a través de Seguros Equinoccial se convirtió en el flamante comprador de Produseguros. Otro caso de interesantes efectos es la venta de Seguros Pichincha, la cual será en su mayoría propiedad de una aseguradora de origen Colombiano llamada Seguros Colmena, empresa que opera en Colombia desde 1994.

En efecto, este movimiento de fichas en el tablero del mercado asegurador redujo el número de participantes, los cuales hasta el 2011 se disputaban un mercado que movió más de \$560,1 millones de dólares en **primas netas retenidas**, casi 5 veces más que las ventas generadas en el 2002 según la Superintendencia de Bancos y Seguros y cuyas utilidades llegaron a \$66 millones mientras que las primas crecen en un 10% en promedio por año.

1.4. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA.

Las aseguradoras especializadas en riesgos de vida y asistencia médica se encuentran en nuestro país bajo una condición no frecuente en otros mercados, es decir no solo compiten deslealmente con el sistema gubernamental de salud pública manejado a través del el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), sino también contra empresas privadas de medicina prepagada que carecen de organismos de control rigurosos lo que les permite ser flexibles en sus procesos de selección de riesgo, tarifas, pagos de siniestros, etc.

Como hace referencia el párrafo anterior, se considera a la competencia de las compañías de seguros privadas frente al IESS como una competencia desleal, ya que se trata de un seguro público y obligatorio para todo trabajador, profesional, campesino o administrador de un negocio en Ecuador, esta obligatoriedad acarrea algunas consecuencias que deben ser evaluadas, bajo este enfoque la más representativa es que esto limita la calidad de servicios que presta el instituto. Lo antes enunciado se debe a una razón simple: al momento el IESS es acreedor del 20.50% de la remuneración de todo trabajador en Ecuador, esto representa un ingreso cuantioso para la entidad sin tener importancia el nivel de servicio que la entidad debería presentar ni incentiva al mejoramiento continuo como debería ser.

1.4.1. Principales Compañías

Dentro de las principales empresas que pertenecen al mercado asegurador de asistencia médica y vida, encontramos 3 grupos destacados:

- a) Seguros Públicos (IESS)
- b) Empresas de Servicios de Medicina Prepagada
- c) Compañías Aseguradoras de Asistencia Médica

A continuación una breve descripción de cada grupo:

El IESS nació en 1928 bajo el gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, como una figura de Caja de Pensiones, que manejaba el fondos de jubilaciones, Montepío Civil, Retiro y Montepíos Militares, así como también funcionaba como una entidad de ahorro y cooperativa. La ley de la época consagró a la Caja de Pensiones como una entidad aseguradora con patrimonio propio diferenciando los bienes del estado con aplicación en el sector laboral, público y privado.

En Octubre de 1935 mediante Decreto Supremo No. 12 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión, órgano

superior del Seguro Social que comenzó a desarrollar sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del Seguro Social Obligatorio, fomentar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio. En la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del Instituto.

Luego de esto en 1937 se incorporó mediante una reforma a la ley del seguro social obligatorio el llamado seguro de enfermedad y se creó un departamento Médico el cual años más tarde en 1949 se dotó de autonomía, pero se mantuvo bajo la dirección de la llamada Caja del Seguro. A medida de que pasaba el tiempo en 1964 se siguieron incorporando nuevos tipos de coberturas y seguros, como es el caso del Seguro de Riesgos Laborales, el Seguro Artesanal, el seguro de profesionales entre otros.

En 1968 estudios realizados con la asistencia de técnicos nacionales y extranjeros, determinaron “la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativo, prestacional y de servicios”, lo que se tradujo en la expedición del Código de Seguridad Social , para convertirlo en "instrumento de desarrollo y aplicación del principio de Justicia Social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de Seguridad Social: el bien común sobre la base de la Solidaridad, la

Universalidad y la Obligatoriedad”. El Código de Seguridad Social tuvo corta vigencia, pero dio inicio al ahora conocido como el Seguro Campesino dentro de ese mismo año.

A partir de 1970 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) nace con un nuevo propósito y consolidando sus partes en uno solo, el cual a través del tiempo mediante decretos fue incluyendo en la obligatoriedad de afiliación a personas que ganaban menos que el salario mínimo vital, a artesanos, y a todos los participantes del aparato productivo, tanto empleadores como a empleados.

En 1995 un suceso determinaría la vida del seguro social, cuando mediante una consulta popular, el pueblo ecuatoriano no aceptó la participación de la empresa privada en el IESS y sus funciones o en la administración de sus recursos, dejándole al estado el libre poder de obrar a su antojo con la ya establecida empresa como autónoma y con recursos separados de los del fisco. Por último en el 2001 en el registro oficial N 465 se publicó la LEY DEL SEGURO SOCIAL, la cual contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias a la fecha, una disposición especial única y una disposición general.

Por otro lado en el segundo grupo se pueden destacar a las empresas de medicina prepagada, las cuales se detallan en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 6

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA EN ECUADOR 2011						
CIUDAD	EMPRESA	VENTAS	ACTIVOS	PASIVOS	PATRIMONIO	UTILIDAD
QUITO	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S. A.	\$ 96,189,936	\$ 19,109,498	\$ 12,676,950	\$ 6,432,549	\$ 5,294,996
QUITO	ECUASANITAS SA	\$ 45,473,122	\$ 16,186,970	\$ 4,698,462	\$ 11,488,508	\$ 2,786,243
QUITO	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S. A.	\$ 32,543,701	\$ 10,475,817	\$ 7,963,558	\$ 2,512,259	\$ 1,013,306
QUITO	BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S. A.	\$ 27,997,393	\$ 5,199,832	\$ 3,772,511	\$ 1,427,321	\$ 847,294
QUITO	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S. A.	\$ 11,653,294	\$ 5,389,769	\$ 2,137,579	\$ 3,252,190	\$ 1,159,718
QUITO	AMEDEX S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS BUPA	\$ 7,837,845	\$ 2,048,390	\$ 1,128,936	\$ 919,455	\$ 258,161
QUITO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S. A.	\$ 6,600,323	\$ 1,871,491	\$ 1,509,716	\$ 361,775	\$ 22,523
GUAQUIL	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S. A.	\$ 4,889,230	\$ 1,275,282	\$ 727,035	\$ 548,247	\$ 88,255
QUITO	MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S. A.	\$ 4,619,249	\$ 793,228	\$ 373,093	\$ 420,135	\$ 166,734
QUITO	OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S. A.	\$ 4,150,567	\$ 4,358,954	\$ 1,930,675	\$ 2,428,280	\$ 555,202
GUAYAQUIL	PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA.	\$ 2,755,453	\$ 999,928	\$ 673,958	\$ 325,970	\$ 202,020
QUITO	GRUENTEC CIA. LTDA.	\$ 1,948,835	\$ 792,651	\$ 536,349	\$ 256,302	\$ 189,944
QUITO	CRYO-CELL ECUADOR CIA. LTDA	\$ 1,859,724	\$ 377,037	\$ 258,054	\$ 118,983	NO APLICA
QUITO	HOSPIIMAGENES S. A.	\$ 1,742,800	\$ 3,601,930	\$ 3,225,114	\$ 376,816	\$ 40,235
QUITO	MEDNET S. A.	\$ 1,697,753	\$ 4,519,909	\$ 3,867,762	\$ 652,147	NO APLICA
QUITO	ALFAMEDICAL S. A.	\$ 1,634,410	\$ 603,762	\$ 485,256	\$ 118,507	\$ 49,901
QUITO	PAN AMERICAN LIFE MEDICAL SERVICES PALCLIFE S. A.	\$ 1,604,501	\$ 455,961	\$ 170,871	\$ 285,091	NO APLICA
GUAYAQUIL	ORENSECORP S. A.	\$ 1,534,931	\$ 528,393	\$ 330,197	\$ 198,196	\$ 21,928
GUAYAQUIL	INTERNATIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S. A.	\$ 14,102,781	\$ 4,996,047	\$ 1,398,209	\$ 3,597,839	\$ 1,643,227
QUITO	CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S. A. DIALICON	\$ 3,628,595	\$ 2,017,850	\$ 1,101,775	\$ 916,074	\$ 346,115
GUAYAQUIL	LABORATORIO CLINICO ARRIAGA C. A.	\$ 3,080,205	\$ 979,406	\$ 873,515	\$ 105,891	\$ 64,081
QUITO	NETLAB S. A.	\$ 3,023,309	\$ 1,948,680	\$ 1,079,598	\$ 869,081	\$ 281,434
PORTOVIEJO	LABSERVICES S. A.	\$ 2,348,014	\$ 538,943	\$ 83,744	\$ 455,199	\$ 244,426
GUAYAQUIL	LABORATORIO CLINICO ALCIVAR S. A. ALCLINIC	\$ 1,659,212	\$ 439,725	\$ 400,271	\$ 39,454	\$ 24,143

Fuente. EKOS NEGOCIOS, Sector Salud, Medicina prepagada 2011

Fuente: EKOS NEGOCIOS Sector Salud, Medicina Prepagada 2011
Elaborado: Revista EKOS diciembre del 2011

Podemos encontrar hasta el año 2012 un total de 24 empresas que brindan servicios pre pagados de salud las cuales están distribuidas en las principales ciudades del Ecuador, como detalla el Gráfico 6, en Quito existen 17 empresas de medicina prepagada siendo parte de este grupo Salud S.A., Ecuasanitas

S.A, Humana S.A., BMI – Igualas Medical S.A. entre otras donde se concentra el 76% de las ventas a nivel nacional.

Salud S.A. concentra el 34% de las ventas a nivel nacional, generando el 30% de la utilidad del sector en Ecuador. Esta empresa fue fundada en 1993, con la misión de ocuparse de la salud de las personas, y una visión proyectada al 2015 en el cual se pretende llegar a ser el mejor, más grande y completo sistema de Salud del Ecuador contando con negocios internacionales. Dentro de sus servicios se encuentran sus propios puntos médicos ambulatorios, laboratorios clínicos, prestación de servicios dentales y convenios hospitalarios con proveedores locales. Según las cifras declaradas en su página web son más de 260 mil clientes activos en la empresa hasta el año 2011 aportando de esa forma con más de 2,5 millones de dólares en impuestos al fisco.

Por otro lado tenemos a las aseguradoras dedicadas principalmente a brindar coberturas de Vida y Asistencia Médica, donde una de las compañías más destacada es la Multinacional Pan-American Life Ins Co, la misma que abrió sus puertas en Ecuador en 1956, y a partir de entonces ha focalizado sus esfuerzos en brindar seguros de Vida con Ahorro, o Jubilación, planes de Vida a Término. En las últimas 2 décadas ha extendido sus coberturas de Asistencia Médica a grupos corporativos, a PyMES, y a personas individuales y sus familias.

Pan-American Life Ins Co. Sucursal Ecuador es una de las pocas empresas de seguros que por su filosofía y naturaleza de negocio, no comercializa sus productos de Asistencia Médica como una empresa de medicina prepagada, ya que como aseguradora puede brindar mayores coberturas a sus usuarios porque es libre de contratar un reaseguro para compartir sus riesgos adquiridos con el reasegurado, lo que no puede hacer una compañía de medicina prepagada, por esta razón no es raro encontrar entre la oferta de pólizas de Pan-American Life Ins Co. Coberturas internacionales de hasta \$5,000,000 con la obligación de pagar el 100% de gastos hospitalarios.

En Ecuador Pan-American Life Ins Co tiene un aproximado de USD 20 millones en activos, USD 9,7 millones en Pasivos y USD 9,5 millones en Patrimonio con un porcentaje de crecimiento sostenido desde el 2008 del 17% en ventas anuales la empresa consiguió vender USD 35 millones de dólares en el 2011 y 42 millones en el 201 y proyecta 45 millones para el cierre del 2013.

1.4.2. Normativa y Legislación.

1.4.2.1. Ley General de Seguros del Ecuador.

La ley que rige a las compañías que prestan en general los servicios de seguros en Ecuador incluyendo a los servicios de seguros de Asistencia

Médica es la Ley General de Seguros del Ecuador, la misma que fue expedida mediante decreto supremo N 1551, promulgado en el registro oficial N 547 del 21 de Julio de 1965.

La función de esta ley es regularizar la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas naturales y jurídicas que integran el sistema de seguro privado, las cuales están sujetas a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Dicha ley en el TITULO 1 Art. 3 define a las compañías de seguros de la siguiente manera:

Son Empresas que realicen operaciones de seguros las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas. Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros, con previa autorización de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades.

Las empresas de seguros que se constituyan a partir de la vigencia de esta ley, sólo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida.

Las de seguros generales.- son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianzas o garantías.

Las de seguros de vida.- son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios. Las empresas de seguros de vida, tendrán objeto exclusivo y deberán constituirse con capital, administración y contabilidad propias. Las empresas de seguros que operen conjuntamente en los ramos de seguros generales y en el ramo de seguros de vida, continuarán manteniendo contabilidades separadas (Ley General de Seguros del Ecuador Artículo 3. Ecuador 1965).

1.4.2.2. La ley que regula el funcionamiento de Empresas de Medicina Prepagada en Ecuador

En 1998, cuando tan solo 8 organizaciones participaban del negocio de la medicina prepagada por lo que el gobierno Ecuatoriano decide dictar una ley que regule el funcionamiento de las empresas privadas de financiamiento de servicios de salud y medicina prepagada, en un intento para establecer mecanismos de control a dichas empresas así como garantizar las obligaciones y derechos de los usuarios de sus servicios. Esta es la ley 98-08 (registro oficial IIIV-98)

Dicha ley no define la diferencia entre servicios de medicina prepagada o de salud, por lo que estas dos prácticas se combinan en la mayoría de dichas empresas.

Según el Artículo 4to de esta ley los servicios que ofertan las empresas de salud y medicina prepagada privadas, deberán ser prestados por sociedades anónimas, nacionales o extranjeras cuyo objeto social será el financiamiento de los servicios de salud y medicina y tendrá un capital pagado mínimo de ochenta mil (80.000) UVC'S cuya aportación y pago se registrará por la Ley de Compañías vigente.

El permiso de funcionamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, será concedido por el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento General de esta Ley.

La ley también da la apertura a que éstas empresa presten sus servicios de financiamiento a través de planes cerrados, abiertos o mixtos siempre y cuando el contratante firme un formulario solicitando el servicio aprobado por el ministerio de salud. Dichos contratos deben estar previamente establecidos y sin posibilidad de negociación, así como la Ley también autoriza a las empresas a ajustar una vez al año

las tarifas cobradas por los servicios en función con la inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.

1.4.3. Posibles contingencias legales

A finales del año 2011 se aprobó una ley que puede tener importantes implicaciones para las empresas de servicios dedicadas a dar cobertura de gastos médicos tanto aseguradoras como empresas de medicina prepagada y hasta cierto punto la seguridad social.

Se trata de la LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES la cual en su artículo 25 enuncia los lineamientos detallados a continuación:

Artículo 25.- Seguros de vida y/o salud y medicina prepagada.-

La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las compañías de seguro y/o medicina prepagada incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida y/o salud a las personas con discapacidad y a quienes adolezcan de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas.

La autoridad sanitaria nacional vigilará que los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad por las compañías mencionadas en el inciso anterior, sean de la más alta calidad y adecuados a su discapacidad.

Todo modelo de contrato global de las compañías de seguros privados que incluyan coberturas de vida y/o de salud y de las

compañías de salud y/o medicina prepagada deberán ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual deberá mantener coordinación con la autoridad sanitaria nacional.

Los contratos no podrán contener cláusulas de exclusión por motivos de preexistencias y las mismas serán cubiertas aún cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora.

Se prohíbe negarse a celebrar un contrato de las características celebradas o a prestar dichos servicios, proporcionarlos con menor calidad o incrementar los valores regulares de los mismos, estando sujetos a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros y demás autoridades competentes.(Ley Orgánica de Discapacidades artículo 25. Ecuador 2011)

1.4.4. Organismos de Control.

En el Ecuador, el organismo encargado de las regulaciones, auditorías y control de las empresas que se desempeñen como compañías de seguros es la Superintendencia de Bancos y Seguros. Creada el 6 de Septiembre de 1927 con el fin de supervisar las operaciones bancarias y de seguros es un organismo técnico, con autonomía administrativa, económica y financiera que tiene a su cargo la vigilancia y el control del sistema financiero público y privado, así como a las compañías de seguros sobre sus actividades económicas y los posibles abusos que éstas entidades puedan tener sobre sus usuarios.

La misión corporativa de la Superintendencia de bancos y seguros es “Velar por la seguridad, transparencia y solidez de los sistemas financieros, de seguros

privados y seguridad social, mediante un riguroso y permanente proceso de regulación y supervisión”. La Superintendencia de Bancos y Seguros cumple sus objetivos de control a las aseguradoras mediante la acción coordinada de un organismo llamado la Intendencia Nacional del Sistema de Seguro Privado que controla a cada una de las compañías de seguros y reaseguros proveedores de este servicio.

Por otro lado, el control que se realiza a las compañías de medicina prepagada está bajo el mando de la Superintendencia de Compañías fundada en 1965 con el propósito de mantener un orden y control a las empresas, enfocando sus labores en el control del mercado de valores y de organismos de capital.

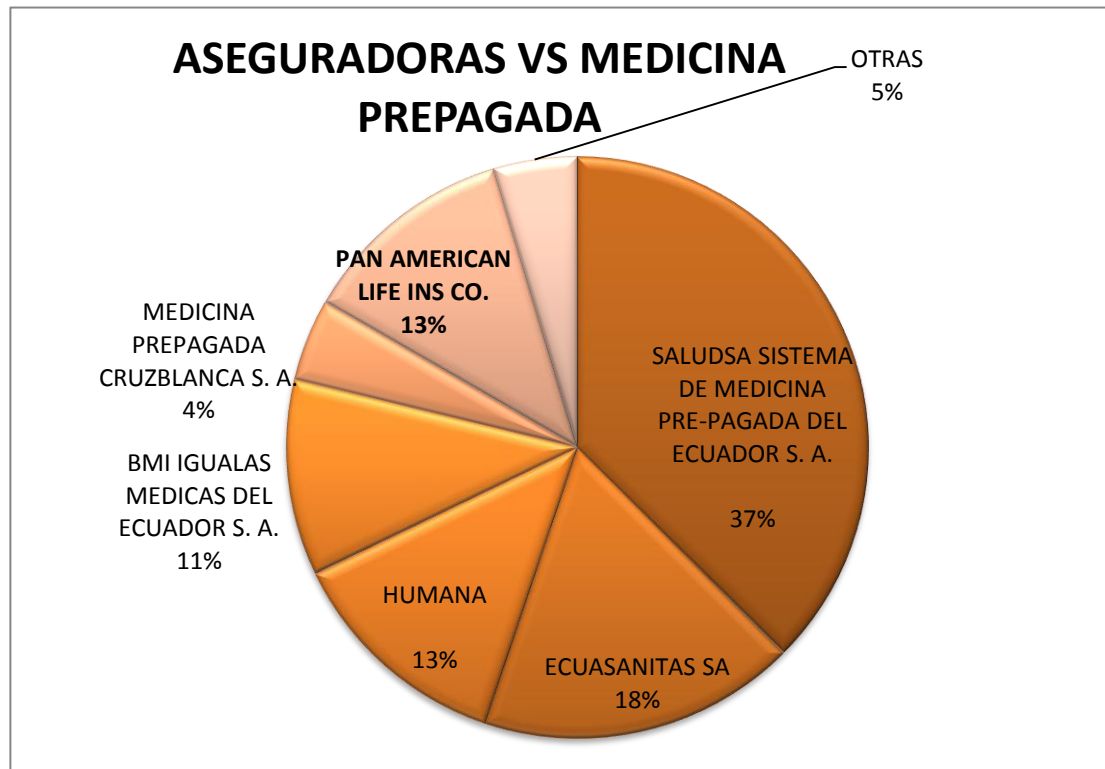
Otro organismo de control determinado para este tipo de empresas según la “Ley Que Regula El Funcionamiento De Las Empresas Privadas De Salud Y Medicina Prepagada” es la Dirección Provincial de Salud quien está encargada de la evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud y medicina prepagada así como de pronunciarse en el caso de que exista algún tipo de mal servicio o demora por parte de la empresa de medicina prepagada.

1.4.5. Compañías de Seguros versus Compañías de Medicina Prepagada en el Ecuador.

El siguiente es un breve análisis sobre el comportamiento que ha tenido el mercado de servicios de financiamiento de salud, medicina prepagada y seguro médicos, en relación a sus ventas, su participación en el mercado, sus organismos de control y las garantías que ofrecen a los usuarios de éstos servicios.

Con respecto a las ventas, se debe unir a los mercados de Asistencia Médica y Medicina Prepagada en un consolidado de producción, el mismo que para finales del 2011 llegó a un total de USD 301 mil millones de dólares, de este valor las principales compañías de medicina prepagada participaron según se detalla en el GRÁFICO 7 en un 87% donde la principal empresa de medicina prepagada es SALUD S.A. con una participación total del mercado del 37%, mientras que la Aseguradora con mayor ventas en el período estudiado es Pan-American Life Ins Co, participa en un 69% de las ventas de seguros de asistencia médica y tan solo en un 13% de las ventas del mercado total consolidado con medicina prepagada.

GRÁFICO 7



Fuente: Súper intendencia de bancos/ Estadísticas. Doc. Sistema de Seguros Privados Del Ecuador: Revista EKOS, edición especial de seguros.

Elaboración: Autor.

Ecuador tiene un mercado poco común, ya que en la mayoría de países del mundo, a nivel privado, son las empresas Aseguradoras quienes tienen la hegemonía y dominio en ventas de seguros, la figura de medicina prepagada es aislada para pequeños servicios como medicina preventiva, laboratorios entre otros.

A continuación se detalla algunas diferencias relevantes que existen entre las Compañías de Seguros y las empresas de Asistencia Médica.

- **Riesgo y cobertura.**- no es sorpresa encontrar que una compañía de seguros está en la capacidad de ofrecer montos de coberturas que pueden ir desde los USD 10 .000 hasta los USD 5,000.000 o sin límite, esto se debe a que al ser pólizas de seguros lo que éstas empresas comercializan, pueden negociar el riesgo que aceptan en conjunto con compañías de Reaseguros, distribuyendo de esta forma el riesgo en beneficio de las partes, incluyendo al asegurado, al cual se le pagará según el monto contratado hasta el máximo en el caso de ocurrir un siniestro así de severo. Mientras que una Empresa de Medicina prepagada no puede ceder el riesgo aceptado a otra, por lo que debe tener en cuenta que si acepta otorgar cobertura a un monto de USD 100 000. En el caso de que deba pagar este siniestro, el total de ese dinero afectará directamente a su estado de resultados y a su patrimonio.
- **Obligaciones financieras y Organismos de Control.**- las compañías de seguros están obligadas por la legislación Ecuatoriana a tener un porcentaje mínimo de inversiones locales de bajo riesgo, así como a realizar reservas para el pago de siniestros futuros, reservas técnicas, matemáticas, entre otras, lo que pretende ofrecer una garantía real al usuario de este tipo de servicios generando confianza y seguridad en el pago de siniestros. Éstas

prácticas las contrala la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante Auditorías obligatorias a dichas compañías. Por otro lado, las empresas de Medicina prepagada actúan como una empresa comercial, sin ningún tipo restricción u obligación de realizar reservas para el reembolso o pago de siniestros, aunque existen empresas que lo hacen éstas realizan esta práctica a voluntad lo que puede resultar conveniente de acuerdo a la experticia con la que se maneje la empresa.

- **Comercialización de productos y asesoramiento al cliente.-** las Empresas de Medicina Prepagada, en su generalidad utilizan dos vías para comercializar sus productos, la primera y más importantes es su propia fuerza de ventas, conformada por un ejército de ejecutivos jóvenes, con poca experiencia en servicios de salud que deben manejar las condiciones del contrato que están comercializando directamente con el cliente final para concretar una venta. La segunda vía son los bróker de seguros, los cuales son personas naturales o jurídicas con una licencia para comercializar seguros en Ecuador, cada bróker tiene su infraestructura propia ya que compiten con sus símiles por el servicio que pueden otorgar a sus clientes.

- En la otra mano tenemos a las empresas aseguradoras, quienes en el 90% de los casos utiliza solo la vía de los Bróker de seguros, ya que los mismos

ofrecen una plataforma de servicio diferenciada a sus clientes, y como socios comerciales buscan tener un mayor índice de persistencia en las renovaciones de pólizas vendidas, este sistema se utiliza a nivel mundial, con el objetivo de generar una relación entre la aseguradora, el bróker asesor de seguros y el asegurado a largo plazo.

1.5. SINIESTRALIDAD DE SEGUROS POR RAMO.

En el siguiente análisis se presentará un breve resumen de la evolución basado en la siniestralidad de los 3 ramos principales de seguros durante el año 2012.

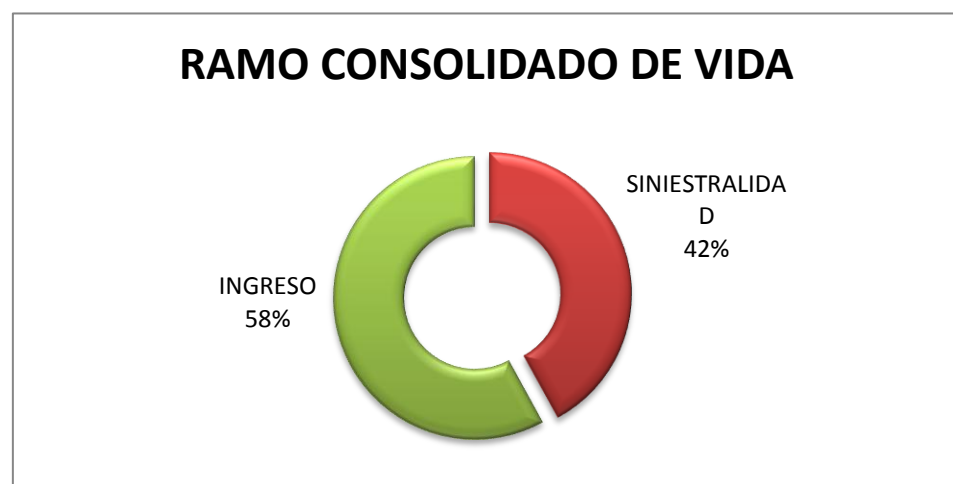
1.5.1. Ramo de Vida.

El seguro de Vida es manejado por alrededor del 90% de las compañías en el mercado asegurado Ecuatoriano, las mismas que tienen autorización para crear y comercializar este tipo de seguros de forma grupal o corporativa, a esto se lo conoce como Vida Grupo. Adicional a lo ya mencionado, existen también empresas aseguradoras que se especializan en el ramo de vida, y están autorizadas a vender productos como Vida a Término y Vida Universal, los 2 tipos de seguros son individuales, con la diferencia que en el primer tipo el seguro se lo contrata por un tiempo determinado y fijo, mientras que en Vida Universal el seguro está vigente todo el tiempo que el asegurado considere necesario sin contar con su principal característica que es dar la posibilidad al

asegurado de ahorrar su dinero dentro de su póliza, hacer rescates de su dinero ahorrado o préstamos.

La siniestralidad del ramo de vida, consolidando los tres tipos de seguros más comercializados en el país asciende a un 42% hasta finales del 2012, a este indicador se llega al dividir los siniestros pagados en ese período para las primas netas que las compañías de seguros cobraron, los resultados se demuestran en el siguiente Gráfico.

GRÁFICO 8



PRIMA NETA PAGADA	TOTAL SEGUROS VIDA	\$ 585,849,04
SINIESTROS PAGADOS	TOTAL SEGUROS VIDA	\$ 246,246.31

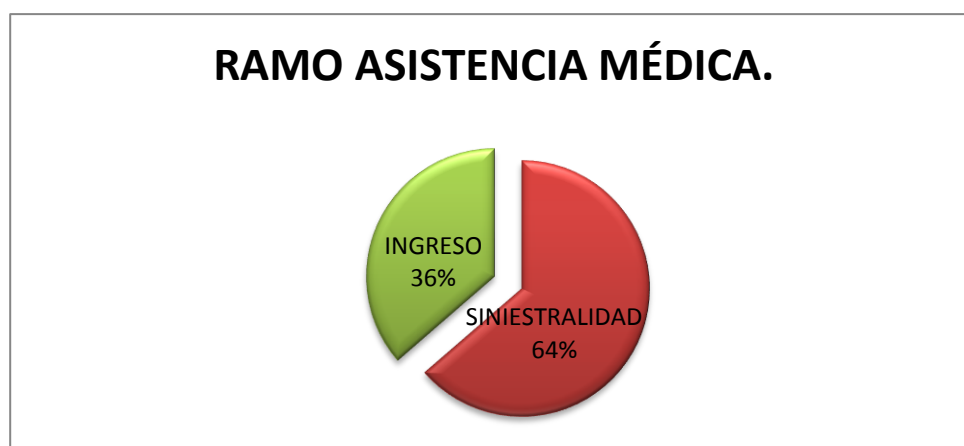
Fuente: Superintendencia de bancos/ Estadísticas. Doc. Sistema de Seguros Privados Del Ecuador, cálculo en miles de dólares americanos.
Elaboración: Autor.

1.5.2. Asistencia médica

Las compañías de seguros han registrado durante el año 2012 una siniestralidad sostenida del 64%, la misma que por naturaleza de producto es superior a la siniestralidad de vida.

En el Gráfico número nueve, se puede ver la comparación entre los siniestros pagados y la prima neta pagada que han cobrado todas las aseguradora que tienen licencias para comercializar y crear éstos productos, el gráfico se detalla en miles de dólares.

GRÁFICO 9



PRIMA NETA PAGADA	ASISTENCIA MÉDICA	\$ 98,735,376.90
SINIESTROS PAGADOS	ASISTENCIA MÉDICA	\$ 62,826,111.23

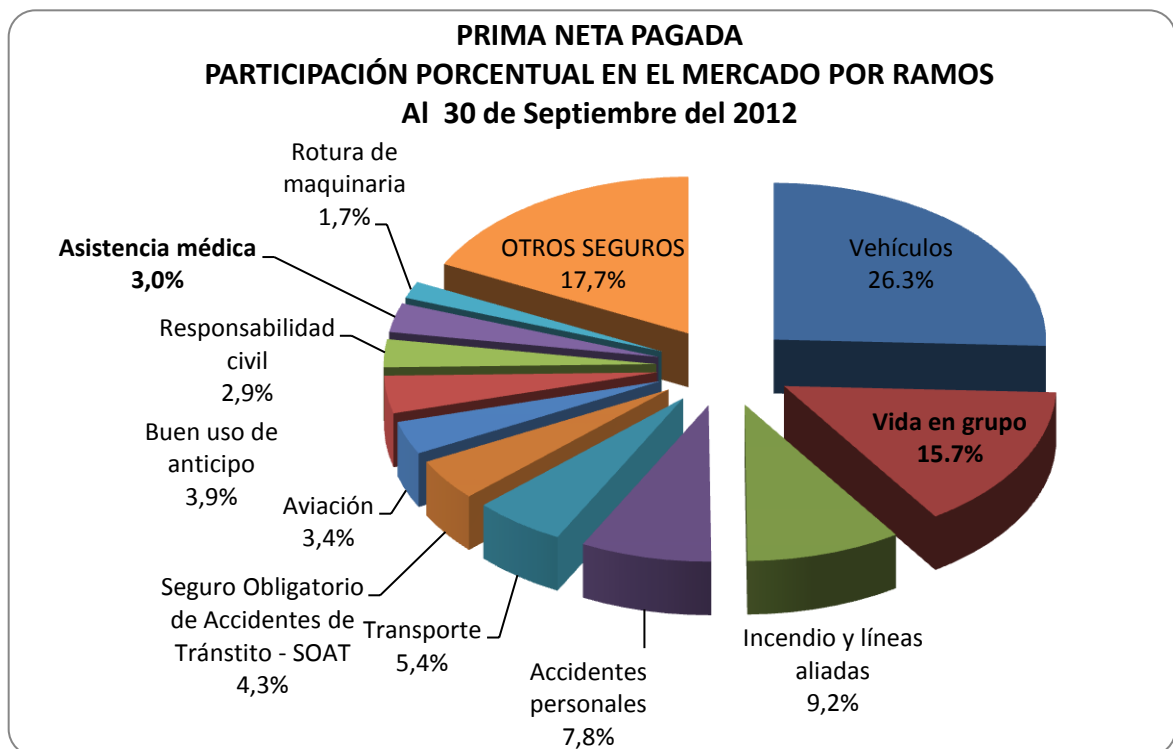
Fuente: Superintendencia de bancos/ Estadísticas. Doc. Sistema de Seguros Privados Del Ecuador, cálculo en miles de dólares americanos.

Elaboración: Autor

1.5.3. Ramos Generales

El siguiente es un resumen del consolidado de la siniestralidad correspondiente a todos los seguros de ramos generales que se expendien en el país, entre los cuales se puede encontrar desde un seguro para vehículos, hasta un seguro de incendio y líneas aliadas. El mercado de ramos generales es la parte más grande del pastel conformado por todos los ramos de seguros, ya que su propósito es asegurar activos de todo tipo sean éstos tangibles o intangibles como los seguros financieros según se detalla en el siguiente Gráfico.

GRÁFICO 10



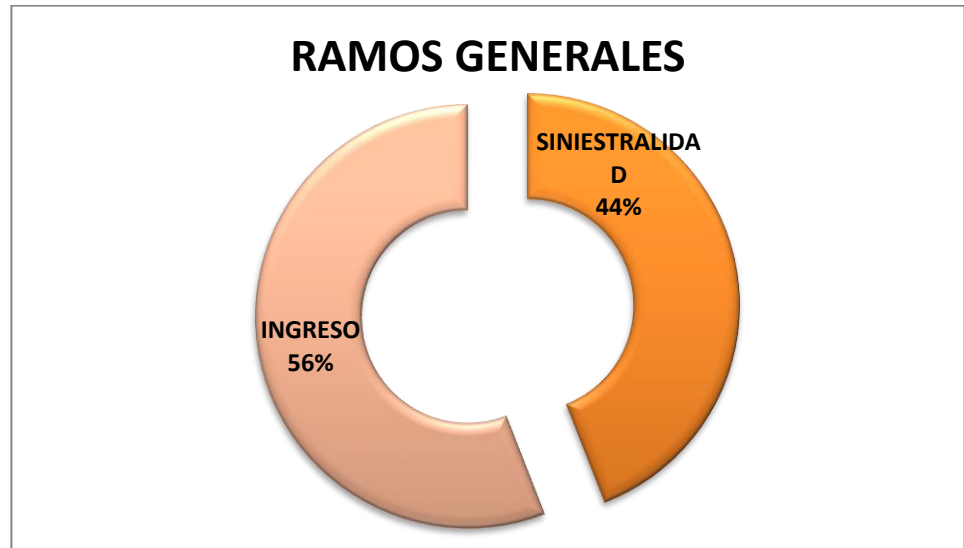
Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros. Fuente: Superintendencia de bancos/ Estadísticas. Doc. Sistema de Seguros Privados Del Ecuador, cálculo en miles de dólares americanos.

Elaboración: Autor

La siniestralidad de los ramos más significativos del mercado se reduce a un 44% neto, lo que deja como ingreso para las compañías participantes del sector un 56%, esto permite que con el paso del tiempo y la buena experiencia de las compañías aseguradoras sobre la exposición a los diferentes tipos de riesgo que aseguran regulen sus primas con el propósito de bajar sus tasas de cálculo reduciendo el costo de los seguros.

Como ejemplo a lo enunciado en el párrafo anterior podemos usar el caso de los vehículos, cuando en la década de los 90s Ecuador no tenía una ley de tránsito exigente y existía una altísima tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, un seguro individual de vehículo era difícil de conseguir, y en el caso de que una aseguradora llegara a cubrir el riesgo la tasa sobrepasaba el 8% de la suma asegurada, lo que hoy en día sería una exageración ya que en el mercado podemos encontrar tasas de hasta 3.3% para automóviles individuales.

GRÁFICO 11



Fuente: Superintendencia de bancos/ Estadísticas. Doc. Sistema de Seguros Privados Del Ecuador, cálculo en miles de dólares americanos

Elaboración: Autor.

2. SEGUROS DE RIESGO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA PRODUCTO “MINIMED” ENFOCADO EN PYMES

El producto MINIMED es una póliza de seguros que ofrece Pan-American Life Ins. Co Sucursal Ecuador, en la cual se mezclan coberturas de Vida en grupo, Muerte y Desmembración Accidental, Incapacidad total y permanente, además de un servicio Exequial prepagado, el cual se lo contrata con el grupo Memorial, empresa especializada en servicios mortuorios. MINIMED es considerado uno de los productos de seguros enfocado en Pequeñas y medianas empresas (PYMES) más completo del mercado, por sus coberturas, características y precios.

2.1 SEGUROS DE VIDA.

2.1.1 Concepto

El seguro de vida busca garantizar la protección de las personas que el asegurado titular tiene a su cargo como dependientes. En caso del fallecimiento de éste, sus beneficiarios o herederos acceden a una indemnización conocida como capital asegurado y puede ser pagada en una única vez o a modo de renta financiera en pagos mensuales o anuales dependiendo del tipo de seguro que se contrate. Por lo general,

los beneficiarios son los familiares del asegurado quienes son los herederos legales, aunque también pueden ser sus socios o acreedores.

Los seguros de vida pueden clasificarse de acuerdo a factores como su duración (temporarios o de vida entera), su tipo de prima (a prima nivelada, donde el pago es constante, y a prima de riesgo, donde aumenta de acuerdo a la edad del asegurado) o la cantidad de asegurados que cubre la póliza (seguros individuales, colectivos o de varias cabezas).

El espíritu de este seguro no es sólo ser una fuente de sustitución de ingresos, sino también permitir pagar el saldo de una hipoteca u otras deudas al momento del fallecimiento del asegurado; pagar los impuestos de sucesión; pagar los gastos funerales; proveer fondos para la educación de los descendientes o simplemente sustituir una pérdida financiera.

Por otra parte, existen pólizas individuales de vida universal que permiten incluso beneficiar al asegurado en vida, por ejemplo complementando la jubilación, cuando alguien que paga su seguro de vida que ofrece una tasa de ahorro logra sobrevivir al período

contratado este llegaría a su vejez sin tener que preocuparse por el bienestar económico de su familia ya que podría hacer uso de su dinero ahorrado. Otro beneficio que se puede encontrar para el asegurado en vida es cuando las pólizas ofrecen el adelanto del 50% del capital asegurado en el caso de que al titular se le detecte una enfermedad terminal luego de ser aceptado dentro de la póliza, por lo general es un beneficio adicional de las pólizas individuales de Vida Universal.

2.1.2 Coberturas

El seguro de vida que mantiene el plan MINIMED es un seguro de tipo VIDA GRUPO el cual dispersa el riesgo de muerte al asegurar pequeños grupos de más de tres titulares, por lo que sus coberturas son más amplias que un seguro de Vida Individual.

Dicho seguro de Vida cubre la muerte por cualquier causa del titular, así como el suicidio y la muerte presunta declarada legalmente. El seguro es efectivo desde el día en que es contratado y su cobertura territorial no tiene límite así como carece de exclusiones, cubre todos los días del año y a toda hora mientras la póliza MINIMED esté

vigente. Como limitante a este seguro, el mismo se da por terminado cuando el asegurado titular cumple 70 años de edad.

2.1.3 Seguros adicionales.

Junto con la cobertura de muerte por cualquier causa, MINIMED adicionalmente ofrece las siguientes coberturas dentro de su seguro de Vida:

- **Muerte y desmembración accidental.-** Cubre si el titular sufre una lesión corporal por hechos accidentales directos, violentas, ajenos a su voluntad provocados por factores externos y que causen la pérdida de su vida, la cobertura es igual al monto de vida, así como su terminación por límite de edad a los 70 años, lo que significaría un doble beneficio por muerte accidental. Adicional a esto, existe un triple beneficio de indemnización en los siguientes casos:

- a) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transporte público que con

regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.

- b) Mientras el asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas).
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio

Por otro lado, la cobertura de desmembración accidental se la calcula en base a la siguiente tabla, usada comúnmente por las compañías de seguros.

GRÁFICO 12

DESMEMBRACION ACCIDENTAL	
Por Pérdida Accidental de:	% del Seguro
La Vida	100%
Ambas Manos	100%
Ambos Pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Dedo pulgar e índice de una mano	25%

Fuente: Póliza de seguros MINIMED

Elaboración: Autor.

- **Exclusiones.-** Se excluye del beneficio de Muerte y desmembración accidental a la muerte causada por los siguientes motivos:
 - a) Suicidio y Homicidio
 - b) Inhalación de gases
 - c) Muerte y/o lesiones causadas por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios
- **Incapacidad Total Y Permanente.-** Se cubre al titular si queda incapacitado total y permanente a consecuencia de una enfermedad o accidente y no pueda realizar sus labores habituales. Se indemniza

a los 3 meses de la recepción de las pruebas de incapacidad. El asegurado será elegible para este beneficio luego de un período de 6 meses dentro de la póliza. La cobertura es igual al monto de vida aunque su vigencia máxima es hasta que el asegurado cumpla los 60 años de edad.

2.2 SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

2.2.1 Concepto.

Se define a un seguro de asistencia médica como aquel que cubre el riesgo financiero causado por una enfermedad o accidente del asegurado y/o sus dependientes, cubriendo los costos de los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, e internamiento en clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades según los límites que figuren en la póliza.

Este tipo de seguros puede ser contratado por un asegurado de diferentes maneras, como por ejemplo de forma individual, cuando es un núcleo familiar o un individuo en particular quien está solicitando la cobertura. De igual manera también se podría contratar un seguro de

asistencia médica de forma corporativa, donde una persona natural o jurídica se convierte en el solicitante del seguro y sus asegurados son un grupo de personas o núcleos familiares que tienen relación de dependencia o algún tipo de relación directa con el solicitante.

2.2.2 Principales coberturas.

A continuación se detallan las principales coberturas que puede tener un seguro de asistencia médica en nuestro país, éstas pueden diferir de un producto a otro especialmente en el monto de cobertura, el porcentaje de cobertura o las coberturas especiales entre las pólizas de seguros o contratos de medicina prepagada que se comercialice.

- Cobertura Ambulatoria
 - Coberturas de medicina bajo receta médica
 - Coberturas de exámenes de laboratorio con orden médica
 - Rayos X e imágenes solicitadas por un doctor

- Consulta médica
- Hospital del día
- Quimioterapias
- Rehabilitaciones
- Emergencias médicas por accidente.
- Emergencias médicas por enfermedad.
- Cuidado de enfermera privada en el hogar.
- Cobertura hospitalaria
 - Gastos quirúrgicos
 - Anestesiólogos y asistentes
 - Cuidado de enfermería
 - Cuarto y alimento

- Medicinas recetadas dentro de un hospital
- Quimioterapias
- Trasplante de órganos (generalmente para el asegurado receptor)
- Cirugías plástica reconstructiva.
- Enfermedades congénitas
- Prótesis.
- Coberturas Especiales.
 - Maternidad
 - Parto normal
 - Cesárea
 - Aborto no inducido

- Control de niño sano
- Exámenes preventivos (generalmente limitados)
- Cobertura de enfermedades preexistentes
- Equipo médico duradero
- Accidentes bajo efectos de alcohol
- Lesiones auto infringidas
- Entre otras.

2.3 PRODUCTO MINIMED.

2.3.1 Condiciones generales

Las condiciones generales de una póliza de seguros establecen un marco de referencia del seguro que se va a contratar, las mismas deben estar autorizadas por la Superintendencia de Bancos y Seguros. De esta forma, las condiciones generales son estándar para el producto

contratado, y por lo tanto para seguros de asistencia médica sea o no parte de un POOL son iguales para todos los clientes.

Las condiciones generales incluyen las definiciones de términos técnicos como glosarios, terminología que se va a usar en la póliza, definición de coberturas y exclusiones así como los límites máximos de cada cobertura, por otro lado también en las condiciones generales se expone las obligaciones de la compañía para con su cliente, y las responsabilidades y derechos del asegurado. Otro punto importante que contienen las condiciones generales de una póliza de seguros es el Arbitraje, el mismo que establece el procedimiento para resolver las diferencias entre el asegurado y la aseguradora en el caso de existir.

Se debe tener en cuenta que en base a lo expuesto en los párrafos anteriores sobre las condiciones generales, existen también condiciones particulares que se sobreponen a las generales, por ejemplo, si en las condiciones generales se estipula un máximo vitalicio de cobertura de \$500.000,00 puede ser que en las condiciones particulares de la póliza se diga que no aplicará el máximo vitalicio para algún asegurado, por lo que de seguro para ese cliente en particular, no se limitará a un máximo vitalicio.

A continuación se presenta un breve resumen de las condiciones generales de las pólizas que conforman el producto MINIMED. Mismas que se pueden analizar en el Anexo correspondiente a la póliza de seguros del producto.

2.3.1.1 Seguros de Vida

A la cantidad de seguro de vida se define en el numeral 1, el mismo que detalla un cuadro de clasificación por clases, a elección del cliente en las condiciones particulares. Como condición general el seguro de vida contratado se reduce al 50% cuando el asegurado cumpla 65 años.

Define las características para que un empleado sea elegible para el seguro en el numeral 2, el cual estipula que podrán ser asegurados todos los empleados activos de una empresa que trabajen al menos 30 horas a la semana, los nuevos empleados que ingresen a la empresa mayores de 60 años no serán elegibles para el seguro.

El seguro de vida puede darse por terminado según el numeral cinco, por cuatro razones específicas:

1. Cuando vence el plazo para hacer el pago de primas convenido por escrito.
2. En el traspaso a una categoría no elegible para el seguro bajo la póliza.
3. La terminación de la relación de dependencia del empleado con el empleador.
4. La terminación de esta póliza
5. La jubilación del empleado o al cumplimiento de los 70 años de edad del asegurado titular.

Para poder realizar cambios de beneficiarios del seguro de Vida, en numeral siete de las condiciones generales solicita se haga esta solicitud por parte del asegurado por escrito y mientras dicho asegurado se encuentre con vida. El cambio será vigente desde la fecha en la que fue solicitado.

Según el numeral octavo, las primas del seguro de vida se calculan en base a una tabla donde se estipula el riesgo de muerte por la edad del asegurado, es potestad de la aseguradora actualizar los valores de la prima de vida en cada año de vigencia de la póliza y así mismo ajustar los rangos de edad para el cálculo de la prima.

Las primas deben ser pagaderas por parte del asegurado en las oficinas de la compañía de seguros o en su defecto pueden ser entregadas a un agente autorizado por la compañía según detalla el numeral noveno, así como existe un período de gracia de no menos de 30 días en el cual el asegurado debe hacer el pago de sus primas, caso contrario se dará por terminada la cobertura de su póliza y el asegurado quedará obligado a pagar en prorrata los días de cobertura otorgada en el período de gracia.

Según el numeral onceavo la renovación de la póliza es de forma anual, y podrá ser renovada pagando la prima correspondiente antes del período de gracia, exceptuando el caso en el que de que la póliza tenga menos de tres titulares, la compañía aseguradora no dará plazo a la renovación.

Las modificaciones que se efectúen en la póliza de seguros pueden ser solicitadas por un solo funcionario de la compañía donde previa autorización de la Superintendencia de Bancos y Seguros solo el Presidente, Vicepresidente, el Apoderado General, el Secretario o Subsecretario de la compañía tiene la facultad de cambiar o renunciar las estipulaciones de esta póliza, por escrito. La compañía no estará obligada por ninguna promesa o representación previa o subsecuente hecha por o a cualquier agente o persona que no sea uno de los de arriba mencionados.

En el numeral 19 de la presente póliza se resalta que el asegurado o el empleador contratante deben hacerse cargo de todos los impuestos que grave esta póliza.

La jurisdicción de la presente póliza, según se detalla en el numeral 20, es sometida a la jurisdicción Ecuatoriana.

2.3.1.2 Incapacidad Total y Permanente

Según se describe en el la introducción de las condiciones generales de esta póliza, este beneficio remplace al numeral cuarto de Excepción de pagos de primas perteneciente a la

póliza de Vida. La compañía aseguradora exonerará el pago de primas a cualquier empleado que sufra una incapacidad total y permanente con la condición de que suministre pruebas fehacientes de la manera y dentro del período especificado en las condiciones generales de esta póliza siempre que:

- El empleado haya estado trabajando continuamente por un tiempo no menor a 6 meses y haya pertenecido a la póliza la misma cantidad de tiempo
- Antes de cumplir 60 años de edad
- Como resultado de una incapacidad total y permanente que dure desde la fecha de la incapacidad hasta la muerte.

Al recibir las pruebas de incapacidad total y permanente, la compañía pagará al empleado el beneficio a base de rentas mensuales, como liquidación total de las obligaciones bajo la póliza.

Si cualquiera de las rentas a las que el empleado tiene derecho, se encuentra sin pagar al momento de la muerte del asegurado, serán conmutadas sobre la base de un interés compuesto 2.5% anual y pagado al beneficiario

Incapacidad total y permanente en lo que respecta al sentido otorgado por esta póliza, es la inhabilitación del empleado, a consecuencia de lesión corporal o enfermedad total y continua, para dedicarse a sus propios negocios o a cualquier otro negocio u ocupación, o para desempeñar cualquier clase de trabajo con fines de remuneración o utilidad

2.3.1.3 Beneficios por muerte, desmembración y pérdida de la vista por accidente

Si cualquier empleado, mientras estuviere asegurado bajo la presente póliza sufriera cualquiera de las pérdidas detalladas en la siguiente Tabla de Beneficios como resultado directo de lesión corporal accidental, relacionada con la ocupación o no, comprobada por contusión o herida visible en el exterior del

cuerpo, o en su defecto por heridas o lesiones internas reveladas por la autopsia.

TABLA # 1

TABLA DE BENEFICIOS	
En caso de Pérdida de:	El Beneficio será:
Vida	La Cantidad Total del Seguro
Ambas Manos o Ambos	La Cantidad Total del Seguro
La Vista de Ambos Ojos	La Cantidad Total del Seguro
Una Mano y Un Pie	La Cantidad Total del Seguro
Una Mano y la Vista de un Ojo	La Cantidad Total del Seguro
Un Pie y la Vista de un Ojo	La Cantidad Total del Seguro
Una Mano	La Mitad de La Cantidad Total del Seguro
Un Pie	La Mitad de La Cantidad Total del Seguro
La Vista de un Ojo	La Mitad de La Cantidad Total del Seguro
Dedo pulgar e índice de una mano	La Cuarta parte La Cantidad Total del Seguro

Fuente: Póliza de seguros MINIMED tabla de muerte y desmembración Accidental

Elaboración: Autor.

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas antes especificadas será el doble, si tales lesiones corporales fueren sufridas:

- Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transporte público que con regularidad preste servicio de pasajeros

en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o

- Mientras el asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas)
- Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio.

El las condiciones generales de este beneficio, al referirse a manos y pies, pérdida significa la desmembración por separación en o arriba de la coyuntura de la muñeca o del tobillo. Respecto a los ojos, “pérdida” significa la privación completa e irreparable de la vista. No se pagará más que la mitad Cantidad Total del Seguro por todas las pérdidas sufridas por el empleado como resultado de un solo accidente.

En el caso de la póliza MINIMED tanto el seguro de Vida, el de Incapacidad Total y Permanente y el seguro de Muerte y

Desmembración Accidental, comparten las mismas condiciones generales en cuanto a la elegibilidad de personas asegurables, montos de cobertura, formas de pago, período de gracia, vigencias y renovos, solicitud de datos a los asegurados, jurisdicción, devolución de prima, poder para modificar la póliza e impuestos. Esto se debe a que MINIMED es un producto conformado por la unión de varias pólizas y de varias coberturas concentradas en un asegurado.

Para el caso de estudio se han enunciado todas éstas condiciones en el detalle de las condiciones de seguros de Vida.

2.3.1.4 Beneficio de gastos médicos aplicable al empleado y a sus familiares dependientes.

Sujetos a los términos y condiciones de esta póliza un individuo asegurado tendrá derecho al beneficio de gastos médicos, si incurre en ellos por atención o servicios médicos recibidos, siempre y cuando que tal atención o servicio no se deban a lesiones corporales originadas en cualquier empleo o en el curso de tal empleo.

Los Beneficios de Gastos Médicos, consistirán en la cantidad incurrida por un individuo asegurado durante un Año Civil. Tal cantidad será igual al porcentaje de reembolso, indicado en el Cuadro de seguro, multiplicado por el exceso de tales Gastos Médicos sobre la suma deducible aplicable a tal Año Civil.

La cantidad total de los Beneficios de Gastos Médicos no deberá exceder el Máximo de por Vida de cualquier individuo asegurado (sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro de un individuo bajo este contrato sea que el individuo haya estado o no cubierto bajo este contrato alguna vez como empleado y otra vez como dependiente) como se indica en el Cuadro de Seguro.

Si un individuo asegurado se encuentra totalmente incapacitado tendrá derecho a recibir los Beneficios de Gastos Médicos hasta el final del período de 12 meses inmediatamente siguientes a la fecha de la terminación de su seguro solamente por Gastos Médicos incurridos por la condición que haya causado dicha incapacidad total, siempre que el Máximo de Por Vida no haya sido pagado.

La incapacidad total, dentro del sentido de esta estipulación, se define como incapacidad del individuo asegurado debido a lesión corporal o enfermedad que impida totalmente que el asegurado se dedique al desempeño de sus ocupaciones normales o cualquier otro negocio por remuneración o ganancia.

A excepción de lo expuesto en las limitaciones, los gastos médicos son como sigue:

- Gastos de hospital donde la cantidad que se cuenta por día por gasto de cuarto, alimentos y cuidados generales de enfermeras no deberá ser mayor que la cantidad del gasto diario elegible para cuarto y alimentos, tal como se indica en el Cuadro de Seguro.
- Gastos por tratamiento médico suministrado por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina;
- Gastos por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano legalmente autorizado a ejercer la medicina;

- Gastos por atención suministrada por enfermeras tituladas que no sean el cónyuge del individuo, su hijo, hija, hermano, hermana o el padre o madre del individuo o de su cónyuge y que no viva en la casa de dicho individuo;
- Gastos de tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento;
- Gastos por aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional;
- Gastos por transporte del individuo asegurado de servicio de ambulancia profesional, del lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital equipado para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad; y
- Gastos por el suministro de lo indicado a continuación, hecho por cualquier otra persona o establecimiento: sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso,

tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria; drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean suministradas por un médico o farmacéutico autorizado para ello

Así mismo las limitaciones que mantiene la póliza de gastos médicos se describen a continuación:

- Aquellos no incluidos en los “Gastos Médicos”
- Aquellos correspondientes a reconocimientos médicos o exámenes por razón de chequeo general que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- Aquellos de refracciones de la vista, habilitación de lentes o de audífonos

- Aquellos que se deban a tratamientos dentales con excepción de los siguientes tratamientos suministrados por un dentista o un cirujano dental legalmente autorizado a ejercer dicha profesión, y siempre que dichos tratamientos sean suministrados dentro de los 90 días siguientes a un accidente que haya ocurrido mientras el individuo estaba asegurado:
 - Tratamiento dental debido a lesiones ocasionadas por dicho accidente incluyendo el remplazo de los dientes naturales; y
 - Poniendo en su lugar la mandíbula fracturada debido a dicho accidente
- Aquellos de cirugía plástica excepto los que se deban a:
 - Tratamiento suministrado por un médico autorizado a ejercer la medicina por lesiones sufridas en un accidente siempre que dicho accidente ocurra mientras las personas esté asegurada y siempre que sea hecho dentro de los seis meses después de dicho accidente; y

- Tratamiento por irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén amparados con seguro para dependientes
- Aquellos suministrados a un recién nacido antes de salir del hospital excepto los que se hagan por los siguientes tratamientos siempre que estos sean hechos mientras los padres del niño estén cubiertos con seguro para dependientes:
 - Por enfermedad contraída después del nacimiento;
 - Por condiciones congénitas anormales en el recién nacido; y
 - Por parto prematuro
- Aquellos suministrados a un individuo asegurado, después de haberse pagado s/. 50.000 de beneficios baja este contrato y que se relacionen con la misma enfermedad por la que el individuo asegurado haya

recibido tratamiento médico dentro del período de los tres meses inmediatamente precedentes a la fecha en que quedó asegurado, hasta lo que ocurra primero de:

- El fin de un período continuo de tres meses durante los cuales el individuo asegurado no haya recibido ningún cuidado o tratamiento médico por dicha enfermedad;
- El fin de un período de 12 meses durante los cuales el individuo haya estado asegurado bajo este contrato y;
- En el caso de un empleado, el fin de un período de 6 meses durante los cuales el empleado haya estado asegurado bajo este contrato y trabajando activamente el horario completo;
- Aquellos suministrados: (a) en un hospital que pertenezca a o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, Provincial, Municipal, o cualquier Sub-División política de éstos, o en caso de reclusión en un hospital en que al empleado no se le exija pagar, o (b) por cualquier otro servicio o asistencia médica por los que el individuo asegurado no tiene que pagar;

- Aquellos suministrados por guerra o cualquier acción de guerra, que haya sido declarada o no;
- Aquellos que se deban a embarazo (incluyendo el nacimiento o aborto) excepto:
 - Procedimientos médicos relacionados con embarazo de una empleada o la esposa asegurada de un empleado y cualquier atención y servicio médico que se suministre de ahí en adelante con relación a este embarazo si dicho procedimiento se hace debido a embarazo extra-uterino a complicaciones que requieren cirugía intra-abdominal al terminar dicho embarazo, (esto último no incluye la sección cesárea ya sea por complicaciones de embarazo, parto u otras razones), y
 - Atención y servicios médicos suministrados durante la reclusión en un hospital por tratamiento de vómitos perniciosos o toxemia con convulsiones relacionadas con el embarazo

de una empleada o la esposa dependiente de un empleado asegurado.

- siempre que ambos casos (a) y (b) la empleada o la esposa dependiente esté cubierta bajo este contrato
- Aquellos que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales, excepto los beneficios regulares de los Gastos Médicos que serán aplicables a los gastos contraídos mientras el individuo se encuentre hospitalizado, y a los gastos por administración de terapia por convulsiones ya sea administrados o no en un hospital.

2.3.1.5 Cálculo de prima

Durante el período de un año a partir de este contrato, la prima del seguro de esta Póliza se basará en las tarifas de prima que anteceden. La Compañía tiene derecho a cambiar la tarifa de primas (1º) en cualquier aniversario del contrato y (2º) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos

doce (12) meses y siempre también que la Compañía notifique al Empleador por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación a dicha fecha de vencimiento de prima.

Cada prima será igual al producto de las tarifas de primas entonces en vigor y al conjunto global de las varias cantidades por las cuales estén asegurados todos los empleados con este contrato en la fecha de vencimiento de tal prima, inclusive los empleados asegurados que se hallen entonces recibiendo beneficios. Sin embargo, cualquier otro método que produzca aproximadamente la misma cantidad total y el cual es satisfactorio al Empleador y a la Compañía, puede ser usado. Si las primas se pagan anualmente semestralmente o trimestralmente, se podrá efectuar el ajuste correspondiente para un seguro que se termine o que se cambie, así como para un seguro nuevo que sea emitido en el intermedio de una fecha de vencimiento de prima y otra.

Los ajustes de primas se harán en los aniversarios de la póliza. Cualquier correcciones que se descubran y se le notifiquen a la Compañía dentro del año o de póliza, de los treinta y un (31) días subsiguientes, se llevará, a efecto de manera que cubra el

período completo en que tales correcciones sean apropiadas, siempre que tales ajustes nunca pasen (1º) de doce (12) meses de un año civil, o (2º) del número de meses transcurridos en el año corriente de póliza, tomando en cuenta el período más corto.

El Empleador pagará las primas vencidas por adelantado en la oficina de la Compañía, pero también pueden ser pagadas a un agente autorizado de la Compañía solamente si da en cambio el recibo de la Compañía firmado por el Presidente o el Secretario y refrendado por el agente en constancia de tal pago. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente y, mediante petición escrita, puede cambiarse tal forma de pago en cualquier aniversario de póliza con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar la póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima a menos que se estipule lo contrario en este documento.

Si el Empleador no le notifica por escrito a la Compañía que esta póliza ha de terminarse, se concederá un período de gracia de no menos de treinta y un (31) días, sin cobrar intereses, para

cumplir con el pago de toda prima después de la primera, y la póliza continuará en vigor durante dicho período.

Si alguna prima no se paga antes de terminar el período de gracia, quedará entonces terminada la póliza, pero de todos modos deberá pagarse una prima a prorrata por los días de gracia. Si el Empleador le manda aviso escrito de terminación a la Casa Matriz de la Compañía, para que tal terminación entre en vigor antes de expirar el período de gracia, la póliza quedará terminada a partir de la fecha estipulada en tal aviso, en cuyo caso se deberá pagar una prima a prorrata por el período transcurrido entre la fecha en que se venció la prima y la de la terminación de la póliza

La Compañía puede terminar la Póliza en el primer aniversario de la póliza o en cualquier fecha de vencimiento de prima de allí en adelante, mediante notificación escrita del caso al Empleador por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de empleados asegurados con este contrato es menos de tres (3) o menos del cien (100%) por ciento del número de empleados con derecho a seguro.

2.3.1.6 Reclamaciones

Al recibirse una petición de pago de parte del empleado asegurado, los beneficios de este contrato, con la condición de quedar comprobada la reclamación, le serán pagados a tal empleado al fin de cada dos semanas durante cualquier período de incapacidad por el cual se pagan beneficios, y cualquier saldo que quedarse sin pagar al terminar dicho período, será pagado en esa fecha.

Si cualquier otro beneficio se queda por pagar al fallecer el empleado, o si tal empleado es menor de edad, o si según el criterio de la Compañía se halla legalmente incompetente para extender un recibo y descargo válidos de cualquier pago, la Compañía puede, a discreción propia, pagar ese beneficio a una o más de las siguientes personas: cónyuge, madre, padre, hijo o hijos, hermano o hermanos, hermana o hermanas sucesión. Cualquier pago así efectuado constituirá un descargo íntegro de las obligaciones de la Compañía en lo que respecta a dicho pago y no se le deberá exigir a la Compañía que se ocupe del destino que se le dé al dinero pagado en la forma descrita.

2.3.1.7 Aviso y prueba de reclamación

El aviso escrito de cualquier lesión o enfermedad en que se base la reclamación debe presentársele a la Casa Matriz de la Compañía a más tardar a los noventa (90) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del origen de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de la lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Casa Matriz de la Compañía, a más tardar, a los noventa (90) días después de terminarse el período por el cual se pagan los beneficios de acuerdo con este contrato.

Al recibir la Compañía aviso de reclamación, ésta suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. Si tales formularios no son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse tal aviso de reclamación, se considerará que el empleado ha cumplido con los requisitos de esta póliza en lo que respecta a presentar la prueba de reclamación dentro del tiempo fijado para presentar dicha prueba de reclamación, así como presentar prueba escrita afirmativa que dé cuenta de lo ocurrido, y de la naturaleza y del grado de la incapacidad que motiva la reclamación.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en este documento no invalidará reclamación alguna, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de esos período y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible hacerlo.

La Compañía tendrá el derecho y deberá proporcionarle la oportunidad de que un médico designado por ella examine a la persona de cualquier reclamante bajo este contrato cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable. En caso de reclamación debido a muerte, la Compañía así mismo tendrá el derecho y deberá proporcionársele la oportunidad de examinar e cadáver y de practicarle una autopsia, a menos que ello lo prohíba la Ley.

No se interpondrá ninguna demanda judicial ni por vía de equidad para ganar un pleito contra esta póliza con anterioridad a la expiración de los sesenta (60) días después de que se haya presentado prueba de reclamación de acuerdo con los requisitos

de esta póliza, ni tampoco tal demanda será absolutamente interpuesta a menos de que se interponga dentro de los dos (2) años de la expiración del período dentro del cual se exija la prueba de reclamación en virtud de esta póliza.

2.3.1.8 Registro de empleados y familiares dependientes asegurados

El empleador debe suministrar periódicamente aquella información respecto a empleados y o familiares dependientes que queden asegurados, cambios en las cantidades del seguro y terminaciones del seguro, conforme se lo exija la Compañía con fines de administrar el seguro. La nómina del Empleador así como cualesquiera otros registros del personal que puedan tener referencia al seguro de esta póliza deberán ponerse a la disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento razonable.

Error, falta u omisión inadvertidamente de parte del Empleador de notificar el nombre de algún empleado y/o de algún familiar dependiente que se halle habilitado para recibir seguro y haya hecho la contribución de rigor a favor del seguro bajo este

documento en cumplimiento a las condiciones prescritas, o cuyas cantidad de seguro va a ser cambiada de acuerdo con el cuadro de seguro de esta póliza, no privará a tal empleado y/o familiar dependiente del citado seguro, ni afectará el importe de éste; ni tampoco la falta de notificar la terminación del seguro de un empleado y/o familiar dependiente se tomará en el sentido de que tal seguro continúa en vigor más allá de la fecha de terminación fijada de acuerdo con las estipulaciones de este contrato.

2.3.2 Condiciones Particulares

Las condiciones particulares de una póliza de seguros constituyen la primera parte de una póliza de seguros y éstas indican las coberturas y riesgos específicos para la persona o bien a asegurar. Las condiciones particulares solo pueden ampliar o bien aclarar aspectos que detallan las condiciones generales, como es el caso de coberturas y como aplicarlas o limitaciones a los asegurados.

Otro aspecto que se define en las condiciones particulares de una póliza de seguros son los datos de cada asegurado, detallando nombres, domicilio, suma asegurada contratada, período contratado, entre otros.

De esta forma, todos los endosos aclaratorios, anexos, cuadros de beneficios y aplicaciones de coberturas especiales, concesiones, exclusiones de coberturas pertenecen a las condiciones particulares de la póliza ya que se ajustan a cada cliente y pueden diferir entre uno y otro, así como también podemos encontrar diferencias o contradicciones entre las condiciones generales y particulares, donde para concepto de manejo y de coberturas son las condiciones particulares las que predominan ante las generales.

Para efectos de esta tesis se presenta a continuación un resumen del producto de seguros MINIMED y de sus condiciones particulares focalizándonos en el plan mas vendido para PyMes por Pan-American Life conocido como PLAN GOLD.

MINIMED Es un contrato de seguro colectivo de vida y gastos médicos, en dónde se pueden incorporar grupos de empresas desde 3 hasta 74 empleados, los cuales puedes elegir entre 3 planes de cobertura, según detalla el cuadro de beneficios, Silver, Gold o Platinum.

El seguro MINIMED está configurado como un POOL de seguros, lo que quiere decir es una póliza madre a la que se pueden incorporar nuevos grupos, respetando el principio básico de seguros corporativos

de distribuir el riesgo de cada asegurado o de cada empresa entre todas las empresas que contratan en seguro MINIMED, tal como se describió en la reseña histórica de seguros donde se habló del principio de la mutua.

El Pool MINIMED tiene como fecha de aniversario el 1ro de Octubre de cada año, por lo que cuando una empresa entra dentro del pool debe aceptar las condiciones de renovación en el octubre más próximo a su fecha de contratación de póliza, es decir, si el cliente Credimetrica S.A. toma la póliza MINIMED en Agosto del 2012, éste deberá renovar su póliza en Octubre del 2012, aceptando los posibles incrementos en tarifas y los nuevos beneficios.

Son grupos elegibles empresas o instituciones que soliciten el seguro para mínimo 3 titulares o empleados, los mismos que deben trabajar de forma continua en la empresa un mínimo de 30 horas a la semana y ser empleados de planta, esta póliza está diseñada y calculada para personas residentes permanentes en Ecuador. No podrán tomar el seguro, empleados a medio tiempo, jubilados o retirados, así como miembros de asociaciones.

Para asegurarse el contratante deberá aceptar la propuesta indicando el plan escogido, cada empleado deberá completar la tarjeta de

enrolamiento y pruebas de asegurabilidad (empleado y dependientes). Dicha documentación deberá ser presentada a más tardar el 20 de cada mes y de resultar el grupo de empleados aprobados, la fecha efectiva de cobertura podrá ser el primer día del mes siguiente.

Las primas serán pagaderas a través del Bróker o Asesor de seguros que la empresa contratante elija, si la vía de pago es un cheque, este debe estar dirigido a Pan-American Life por el total de la factura o en su defecto un formulario de débito bancario, con opción a pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales.

En la primera parte del documento de condiciones particulares se define el cuadro de clasificación del seguro de vida y del seguro de muerte y desmembración accidental, el mismo que en el plan GOLD es de \$10.000 por cada uno, como define el cuadro a continuación:

GRÁFICO 13

SEGURO DE VIDA (Cobertura solo para titulares)				
		SILVER	GOLD	PLATINIUM
BENEFICIOS	Tarifas por millar	Monto de Seguro	Monto de Seguro	Monto de Seguro
SEGURO DE VIDA: Muerte por cualquier causa	0.24	\$5,000.00	\$10,000.00	\$15,000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	0.10	\$5,000.00	\$10,000.00	\$15,000.00
Muerte y desmembración accidental (MyDA)	0.15	\$5,000.00	\$10,000.00	\$15,000.00
SEPELIO TITULAR Y DEPENDIENTES	0.00	MEMORIAL	MEMORIAL	MEMORIAL
PRIMA NETA MENSUAL DE VIDA Y ANEXOS (Sin Impuestos)	0.49	\$2.50	\$5.00	\$7.50

Fuente: Póliza de seguros MINIMED condiciones Particulares, Coberturas de Vida
 Elaboración: PAN-AMERICAN LIFE INS CO.

En contraposición a las condiciones Generales, en las condiciones particulares se otorga cobertura de muerte y desmembración accidental relacionada o no a un accidente laboral para los empleados asegurados.

A continuación se define las coberturas y las condiciones del seguro de asistencia médica el mismo que es considerado como el cuerpo principal de la póliza MINIMED.

GRÁFICO 14

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS (empleado y familiares dependientes)	GOLD
- Cobertura Territorial	Mundial
- Máximo Año calendario	\$125000
- Máximo Año calendario se reduce a los 65 años	\$40000
- Máximo Vitalicio para SIDA	\$30000
- Deducible Local año calendario	\$150
- Deducible Internacional año calendario	\$1000
- Tope de consulta	\$60
- Porcentaje Rembolso Local	80%
- Porcentaje Rembolso Internacional (en EEUU al 70% fuera de la Red)	80%
- Límite de coaseguro	\$12500
- Beneficio de Red Preferencial Ambulatoria (consulta médica)	Si aplica
- Cuarto y Alimento Local	\$160
- Cuarto y Alimento Internacional	\$250
- Terapia Intensiva (Sin límite de días)	80%
- Ambulancia Terrestre local e internacional	\$100
- Emergencia médica por accidente (Al 100% y no sujeto a deducible) hasta:	\$250
- Control Niño sano.	Si aplica
MATERNIDAD (aplica período de carencia, ver condiciones)	
- Parto Normal al 100% sin deducible hasta	\$1800
- Cesárea 100% sin deducible hasta	\$1800
- Aborto 100% sin deducible hasta	\$1800
CONDICIONES IMPORTANTES	
* Edad máxima de Ingreso a la cobertura	60 Años
* Edad de terminación de cobertura	70 Años
* Cobertura para Preexistencias después de	12 meses

Fuente: Póliza MINIMED, cuadro de beneficios de asistencia médica.

Elaboración: PAN-AMERICAN LIFE INS CO.

Se define como incapacidad, toda enfermedad, accidente o tratamiento Médico, por los cuales se incurra en gastos elegibles y rembolsables

bajo la póliza, y que sean incurridos en un período de 90 días, contados a partir de la fecha en que se incurrió en el primer gasto.

El porcentaje de reembolso, será el 80 % de los primeros \$12.500= por persona asegurada, o de los primeros \$37.500= por núcleo familiar asegurado, para gastos incurridos mientras se encuentre hospitalizado o fuera del hospital. El desembolso máximo por persona asegurada después de haber sido aplicado el deducible correspondiente será de \$2.500= y por familia asegurada de \$7.500=.

Para gastos sin internamiento en un hospital se: 80% de los gastos elegibles. A esto se lo conoce como cobertura ambulatoria.

Se pueden incluir a hijos dependientes de acuerdo a las siguientes consideraciones:

La cobertura de hijos/as solteros será desde el día 10 de nacido/a hasta el cumplimiento de los 19 años de edad. Y para hijos estudiantes, solteros y dependientes económicamente hasta el cumplimiento de los 25 años. Se verificará la elegibilidad del dependiente hijo(a) entre 19 y

24 años las veces que la compañía considere necesario, a través de los siguientes requisitos.

- Certificado original de estudios a tiempo completo.
- Certificado original de no aportación al IESS u otro documento que pruebe esta condición.
- Copia de cédula de identidad.

La póliza MINIMED aplica un período de carencia para condiciones preexistentes de 12 meses, en los cuales el asegurado debe estar con cobertura continua durante este período para tener el beneficio según se detalla en el siguiente párrafo.

Se entiende por condiciones pre-existentes aquellas enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que ya existían dentro de los doce (12) meses precedentes a la cobertura del seguro o que hayan sido diagnosticados y en los que se haya incurrido en gastos médicos, aplicable a titulares y a familiares dependientes.

La Condición Pre-existente quedará sin efecto al final de un período de doce meses continuos durante los cuales el empleado y sus familiares dependientes hayan estado asegurados bajo la Póliza, excepto para enfermedades graves como Cáncer, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, Infarto al Miocardio, Revascularización Coronaria (By Pass), Trasplante de Órganos Mayores y Parálisis que serán evaluadas individualmente para su aprobación.

Se requerirá la Pre-Autorización Médica para hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos electivos o programados y exámenes especiales de diagnóstico no rutinarios, de elevados costos y que involucran gran tecnología, ya sea que requiera internamiento hospitalario o no. Se requerirá una Pre-Autorización 4 días antes de dicho tratamiento. De no cumplirse con tales Pre-autorizaciones los gastos elegibles serán reembolsables en un 50% de los cargos razonables y acostumbrados.

El requerimiento de Pre-Autorización no aplica para emergencias por enfermedad o por accidente debidamente comprobadas.

Emergencia por Accidente: Es el tratamiento de emergencia necesario para atender lesiones accidentales (suceso imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del asegurado, provocado por un agente externo y que produzca daños o lesiones corporales), suministrado dentro de las 48 horas de sufrido el accidente. Este beneficio se pagará según se ha CONTRATADO en la póliza, siempre y cuando las atenciones sean en la unidad de emergencia de un Centro Médico, siendo inicialmente gastos ambulatorios.

Emergencia por Enfermedad: Es el tratamiento necesario para atender dolencias o desórdenes funcionales agudos, que requieren tratamiento médico inmediato, y que ponen en riesgo la salud del asegurado. Como ejemplo se puede mencionar: Abdomen Agudo, Infarto de Miocardio, Fiebres Altas, etc.

Adicionalmente las condiciones particulares del producto MINIMED enlistan las coberturas especiales que ofrece esta póliza y las diferencias de otros productos de seguro o medicina prepagada en el país, cada una de las coberturas especiales se detallan en el siguiente cuadro:

GRÁFICO 15

COBERTURAS ESPECIALES DE ASISTENCIA MÉDICA (Sujetas a Deducible y Coaseguro)
– Cobertura de Unidad de Cuidados Intensivos sin límite ni en cantidad diaria, ni en número de días (límite máximo por incapacidad o vitalicio contratado).
– Cobertura de lesiones auto-infligidas, intentos de suicidio.
– Cobertura de gastos ocasionados por desastres naturales o por daños considerados como catastróficos.
– Cobertura de medicinas y tratamientos de Homeopatía, Acupuntura, Medicina Natural y Bioenergética, siempre que el tratante tenga licencia de médico.
– Cobertura de Accidentes bajo el efecto de ALCOHOL.
– Cobertura de extracción de Terceras Molares Impactadas (muelas del juicio), por molestias (adjuntar radiografías).
– Cobertura del SIDA, hasta por el 15 % del Máximo contratado.
– Cobertura de Ligadura (no necesariamente después del parto) y Vasectomía.
– Un examen de Papanicolaou al año, por motivos de control médico (para las titulares y/o dependientes cónyuges).
CONTROL DE NIÑO SANO
<p>– Control de Niño Sano: se cubren los controles pediátricos de rutina:</p> <p>– Primer Año de Vida del Niño: Un control mensual</p> <p>– Segundo y Tercer Año de Vida del Niño: Un control trimestral</p> <p>– Cuarto y Quinto Año de Vida del Niño: Un control semestral</p> <p>– Y cobertura de vacunas obligatorias determinadas por el Ministerio de Salud Pública y son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BCG (Tuberculosis) • Antisarampionosa • DTP (Difteria, Pertusis, Tétanos) • Meningitis • Polio (Poliomelitis)

Fuente: Póliza MINIMED, Anexo de Solicitud de póliza, página 7

Elaboración: PAN-AMERICAN LIFE INS CO.

Se reembolsará mediante esta póliza los gastos de medicinas que posean su respectivo registro sanitario y que sean ordenadas por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina, Todo gasto médico elegible para reembolso requiere de la presentación de la respectiva factura autorizada por el SRI.

En referencia a las exclusiones de la póliza de seguros, esta delimita específicamente los gastos no cubiertos en sus condiciones particulares, en los que básicamente se dividen en 3 grupos, los gastos estéticos, los gastos que no sean por enfermedades o accidentes y los gastos por violencia política o guerras en general tal como sigue

- Honorarios por atenciones médicas, medicinas o exámenes generales que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
- Exámenes de la vista, habilitación de lentes o de audífonos o cualquier tratamiento para corregir refracción visual.
- Servicios suministrados por un hospital que pertenezca al Estado o en caso de estadía en un hospital en que al empleado no se le exija un pago.

- Gastos médicos por tratamiento de lesiones corporales resultantes de guerra o acciones de guerra, haya sido declarada o no, insurrección, rebelión o violencia política en general, en la que el individuo asegurado haya participado voluntariamente.
- Servicios de psiquiatría profesional como paciente externo, drogas o medicinas recetadas a éstos; sin embargo, si un asegurado incurre en una incapacidad de esta naturaleza y es hospitalizado, está cubierto a través del plan, excepto instituciones direccionadas a esta especialidad.
- Tratamiento por alcoholismo, drogadicción o toxicomanía.
- Tratamiento de Fecundación In Vitro y sus complicaciones.
- Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial o medicina holística y retraso del lenguaje.
- Síndrome de deficiencia de la hormona del crecimiento, hiperactivismo, hiperkinesis (Excepto casos justificados para corregir un problema funcional).

- Tratamientos practicados por personal técnico de la salud como obstetrices, quiroprácticos, etc., excepto si es ordenado por un médico especialista.
- Tratamiento por gigantomastia o padecimientos similares y/o sus complicaciones.
- Cualquier tratamiento, cirugía o programa para el control de peso; derivación o reducción gástrica.
- Tratamientos para la infertilidad, reversión de esterilización masculina o femenina.
- Leches Medicadas (excepto casos justificados hasta el cumplimiento del primer año de edad)
- Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena y epidemias declaradas por el Ministerio de Salud Pública.
- Multivitamínicos, alérgenos y vacunas.
- Medicamentos y preparados que no tengan registro sanitario y que no tengan componente curativo.

- Tratamientos dermatológicos con acción cosmetológico.

Adicional a éstos temas, en las condiciones particulares, se define el límite geográfico de la cobertura en el plan contratado, el mismo que en el caso del plan GOLD, es ilimitado, es decir se otorgará cobertura a gastos médicos sin discriminar los costos del medio en el que se incurran.

Por lo general la cobertura de gastos médicos, al tener un límite geográfico solo local (como es el caso del plan Silver), se aplica según los costos razonables y acostumbrados en Ecuador, y en el caso de que se presente un gasto médico realizado en un país extranjero éste será reembolsado según los valores que tal procedimiento Médico hubieran generado dentro de Ecuador.

En una cobertura cuyo límite geográfico sea Mundial, un siniestro presentado en un país extranjero será liquidado a los costos del medio de incurrencia, es decir los costos que generó la atención médica en el país donde se presentó el siniestro, los mismos que pueden ser muy

diferentes entre un país en vías de desarrollo y un país considerado hegemónico en carácter médico y tecnológico.

2.3.3 Principales Competidores.

Durante los últimos años por diversas razones las compañías de seguros de asistencia médica y compañías de medicina prepagada han volteado su vista en dirección a las pequeñas y medianas empresas, creando productos denominados como productos cerrados, donde no se pueden negociar coberturas ni beneficios sino que el cliente debe aceptar las propuestas de cada compañía.

Dentro del mercado, al que pertenece el producto MINIEMD de PAN-AMERICAN LIFE podemos encontrar también a empresas como SALUD S.A. con sus planes cerrados, BMI, Humana, Ecuasanitas e Inmedical por nombrar las más importantes.

A continuación se analizará brevemente los principales productos que compiten con MINIMED buscando determinar sus fortalezas debilidades comerciales, y de costo beneficio.

Por ser una compañía internacional al igual que Pan-American Life aunque con menos historia enfocándose en el tiempo de operación que

lleva en el país BMI fundada desde 1997 en Ecuador presenta sus planes cerrados para PyMES desde 5 personas hasta 25 personas, entre sus 5 opciones se destacan 3, las cuales se presentan a continuación y representan la principal competencia del producto MINIMED.

GRÁFICO 16

BENEFICIO DE MEDICINA PREPAGADA	PLAN 50	PLAN 100	PLAN 500
Límite máximo vitalicio	500,000	500,000	500,000
Límite máximo por incapacidad	50,000	100,000	200,000
Cuarto y alimento diario	\$130	\$140	\$150
Unidad de cuidados intensivos diario	80%	80%	100%
Máximo de días por tipo de habitación	180 días	180 días	180 días
Deducible por año contrato por afiliado	\$120	\$120	\$150
Maternidad como cualquier incapacidad hasta	\$2,000	\$2,500	\$3,000
Cuidado del recién nacido vitalicio	\$10,000	\$20,000	\$30,000
Emergencia médica por accidente	\$500	\$600	\$700
Transplante de órganos vitalicio	\$20,000	\$50,000	\$150,000
Emergencia médica comprobada por enfermedad o accidente durante viajes al	\$15,000	\$20,000	\$25,000
Deducible por viaje	\$150	\$150	\$150
Máximo de Días por viaje	30 días	30 días	30 días
Copago por incapacidad hospitalaria dentro del Círculo de Servicios	80%	80%	80%
Copago por incapacidad ambulatoria dentro del Círculo de Servicios	80%	80%	80%
Copago por incapacidad fuera del Círculo de Servicios	70%	70%	70%
Límite de copago por incapacidad dentro del Círculo de Servicios	5,000	5,000	5,000
Período de Incapacidad	365 días	365 días	365 días
Período de acumulación de cuentas	180 días	180 días	180 días
Período de presentación de reclamos	90 días	90 días	90 días

Fuente: Cotización producto cuadro cerrado, cuadro de beneficios.

Elaboración: BMI.

GRÁFICO 17

BENEFICIOS	PLANES BMI
Alcance Geográfico	Ecuador
Tabla para cobertura para Hospitalizaciones	Tabla H. Metropolit
Tope de consulta ambulatoria	53,2
Libre elección de médicos	Si
Acceso a todos los hospitales de la RED MASEcuador	Si
Hospitalización	80% / 100%
Medicinas y consulta médica	80%
Exámenes de laboratorio	80%
Preservación de células madres*	Si
Cobertura de vacunas y chequeos de niño sano	Si
Tarjeta MASEcuador	Si
-Cobertura exequial con Camposanto Monteolivo (Quito)	Plan Oro
-Cobertura exequial en Ecuador (excluyendo Quito)	hasta \$3,000
Cobertura exequial con Camposanto Monteolivo (Quito)	Plan Oro
-Cobertura exequial en Ecuador (excluyendo Quito)	hasta \$3,000
-Médico a domicilio	Si
-Ambulancia Aérea	\$3,000
-Ambulancia Terrestre (Medihome)	100%

Fuente: Cotización producto cuadro cerrado, cuadro de beneficios.

Elaboración: BMI.

Dentro de las fortalezas del producto cerrado de BMI podemos destacar su amplia cobertura según el cuadro de beneficios, misma que se paga por cada evento, sus deducibles son relativamente bajos comparados con los montos de cobertura, así como la tabla referencial para el pago de siniestros es la más alta del mercado, impuesta por el hospital Metropolitano. La red Hospitalaria de la empresa BMI es una completa red a la que pertenecen los más selectos hospitales del país, y la cobertura es efectiva en cualquier parte del territorio Ecuatoriano, por lo que pueden otorgar a sus asegurados un crédito hospitalario al 100% con sus proveedores preferenciales.

Entre las principales diferencias de beneficios encontramos que BMI ofrece el servicio de Médico a domicilio con la empresa MEDIHOME, el cual tiene cobertura 100% así como una cobertura del plan GOLD con la empresa Monte olivo, misma que funciona dentro de la ciudad de Quito, adicional a esto ofrece una cobertura de ambulancia aérea de hasta \$3000 por evento. Dichos beneficios no se encuentran en la póliza de MINIMED.

Como debilidades del producto de BMI podemos decir que es un contrato de medicina prepagada, el cual no ofrece seguros de vida, ni de muerte accidental ni incapacidad total y permanente como el producto MINIMED. Por otro lado este plan de cuadro cerrado ofrece una cobertura máxima vitalicia de \$500 000. Los incrementos anuales de primas a estos productos BMI los calcula usando el factor de siniestralidad por grupo, por lo que si la misma supera el 60% BMI ajustará las primas directamente proporcional a la siniestralidad hasta llegar a un incremento del 200% de ser necesario.

La prima del producto cerrado de BMI se la calcula en base al número de personas que acceden a la cobertura por cada empresa, mientras más personas pertenecen al grupo asegurado menores serán los costos de cobertura, lo que genera una ventaja competitiva en tarifas para el

producto MINIMED, debido a que la prima del mismo se calcula en base a la edad promedio de sus titulares y ésta en la mayoría de casos oscila entre 29 y 39 años, sus tarifas son más bajas que las propuestas por BMI en los productos presentados hasta en un 20% durante el 2012

La empresa SALUD S.A. fundada en Ecuador en el año de 1993 ofrece también a sus clientes planes cerrados para pequeñas o medianas empresas. Gracias a su gran estructura SALUD S.A es una compañía de medicina prepagada que enfoca su estrategia de comercialización de sus contratos de manera directa y en la mayoría de casos PYMES sin intermediación de asesores de seguros.

La empresa cuenta con más de 1000 personas en relación de dependencia dedicadas a la venta de sus contratos a nivel nacional, así como su portal web donde cualquier interesado en los servicios de la empresa puede solicitar una cotización o en su defecto una visita por parte de un ejecutivo.

Entre las ventajas principales que ofrece esta empresa es el pago directo de reclamos hasta \$200 de manera inmediata, así como una red propia de SALUD con más de 1200 doctores que trabajan en relación de dependencia en sus puntos médicos familiares a nivel nacional. Otro de sus servicios es presentar el resultado de exámenes en línea a través de

su página web, además de ofrecer varios servicios no relacionados a las prestaciones médicas como son sus planes de asistencia legal sin costos y de auxilio de plomería y cerrajería 4 veces al año sin costo adicional

A continuación se presenta el cuadro de beneficios del producto empresarial de SALUD S.A.

GRÁFICO 18

TABLA DE BONIFICACIONES MAXIMAS	PLAN 6.000	PLAN 12.000	PLAN 20.000	PLAN 50.000
Suma máxima por enfermedad por año contrato	\$ 6.000,00	\$ 12.000,00	\$ 20.000,00	\$ 50.000,00
Cuarto y alimento diario hasta	\$ 130,00	\$ 160,00	\$ 180,00	\$ 200,00
Terapia intensiva sin límite de días	80%	80%	80%	80%
Deducible anual por persona	\$ 80,00	\$ 110,00	\$ 120,00	\$ 130,00
Coparticipación ambulatoria cuadro direccionado	100%	100%	100%	100%
Coparticipación ambulatoria libre elección	80%	80%	80%	80%
Coparticipación hospitalaria cuadro direccionado	90%	90%	100%	100%
Coparticipación hospitalaria libre elección	80%	80%	80%	80%
Emergencia por accidente al 100% sin aplicación de deducible hasta, el excedente al 80% con aplicación de deducible	\$ 300,00	\$ 500,00	\$ 700,00	\$ 700,00
Límite de Coparticipación por enfermedad	NA	\$ 5.000,00	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00
Urgencia médica comprobada por enfermedad o accidente durante viajes al exterior.	NA	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00
Deducible por viaje	NA	\$ 150,00	\$ 150,00	\$ 150,00
Máximo de días por viaje	NA	30 días	30 días	30 días
Cobertura de pre existencias por año contrato, hasta	\$ 2.000,00	\$ 3.500,00	\$ 4.000,00	\$ 5.000,00
Ambulancia terrestre al	100%	100%	100%	100%
Ambulancia aérea al 100% hasta	\$ 2.000,00	\$ 3.000,00	\$ 3.500,00	\$ 3.750,00
Servicio Exequial para titulares y dependientes a través de	Memorial	Memorial	Memorial	Memorial
Cristales Ópticos, solo titulares, hasta	\$ 30,00	\$ 60,00	\$ 80,00	\$ 80,00
Período de enfermedad	365 días	365 días	365 días	365 días
Período de presentación de reclamos	90 días	90 días	90 días	90 días
Nivel de referencia	5	7	7	7
Valor tope de consulta	\$ 33,16	\$ 51,80	\$ 51,80	\$ 51,80
Maternidad al 100%, sin aplicación de deducible hasta				
Parto Normal	\$ 1.200,00	\$ 2.200,00	\$ 3.000,00	\$ 3.500,00
Cesárea	\$ 1.200,00	\$ 2.200,00	\$ 3.000,00	\$ 3.500,00
Aborto no provocado	\$ 1.200,00	\$ 2.200,00	\$ 3.000,00	\$ 3.500,00

Cuotas netas mensuales por la obtención del servicio únicamente de Asistencia Médica (Incluye 10 ODAS por Grupo Familiar).				
Atención Titular (AT)	\$ 33,57	\$ 46,54	\$ 49,75	\$ 55,70
Atención Titular más uno (A1)	\$ 67,14	\$ 93,09	\$ 99,49	\$ 111,41
Atención Titular más familia (AF)	\$ 100,71	\$ 139,63	\$ 149,24	\$ 167,11

Fuente: Cotización producto empresarial, cuadro de beneficios.

Elaboración: SALUD S,A,

Otra de sus ventajas frente al producto MINIMED es la continuidad de cobertura que esta empresa ofrece a sus clientes que se están cambiando de compañía aseguradora, la misma que brinda cobertura inmediata a las enfermedades preexistentes hasta los montos establecidos en cada plan así como cobertura sin los 90 días de carencia para enfermedades nuevas que por lo general ofrecen las compañías de medicina prepagada.

Como desventajas principales podemos determinar que aparte de ser una compañía de medicina prepagada, en sus contratos SALUD S.A. no da coberturas a accidentes bajo efectos de alcohol, no tiene una amplia red de prestadores médicos privados por lo que lo más seguro es que si se ocupa el hospital Metropolitano existan recortes de cobertura, adicional a esto la venta directa, sin intermediarios de seguros, genera complicaciones ya que los asegurados no son expertos en realizar los trámites de sus pólizas, razón por la cual si existen inconformidades con los niveles de satisfacción en reembolsos con la empresa.

Las coberturas que salud ofrece en sus planes, exceptuando la que otorga el PLAN 50.000 son relativamente bajas, ya que en cuestión de siniestros de asistencia médica, la ley de Pareto refleja de una manera muy gráfica que el 80% de eventos entre enfermedades y accidentes que le pueden ocurrir a una persona cuestan menos de \$10.000 en el Ecuador, pero el 20% restante sobrepasa este valor, por lo que si un cliente decide tener una cobertura de \$5000 por evento, puede que la misma no sea considerada una cobertura que ofrezca total tranquilidad al asegurado.

2.3.4 Prima pagada expresada en valores por año

Para efectos de esta tesis, se analizarán los valores anualizados de primas recaudadas por la compañía aseguradora desde al año 2010 hasta el año 2012, los mismos que servirán como punto de partida para el análisis financiero que se realizará en los próximos capítulos.

Como es de conocimiento del lector, al tratarse de un producto de seguros a la prima neta se la puede dividir en 2 formas diferentes, basados principalmente en el tiempo que el asegurado sea cliente de la compañía, es decir se considera *prima de venta nueva* a aquella percibida durante los primeros 12 meses de contratación de la póliza.

Luego de ese período si el cliente decide mantener el seguro, a la prima pagadera por su póliza se la considera *prima de renovación*.

La diferencia entre la prima de venta nueva y de renovación se la realiza debido a que por lo general las pólizas nuevas en el producto MINIMED tienen baja siniestralidad, son pólizas sanas de empresas que en la mayoría de casos no ha tenido experiencias en seguros de este tipo y que al no tener cobertura de enfermedades preexistentes durante el primer año los reclamos prácticamente son solo de enfermedades nuevas o de accidentes. Por otro lado, la prima de renovación es la que se ve afectada en mayor parte por la siniestralidad debido a 2 razones en específico:

1. Se ha terminado el período de carencia para enfermedades preexistentes por lo que la póliza MINIMED empieza a dar cobertura a dichas enfermedades como a cualquier otra incapacidad.
2. Los asegurados han consumido sus deducibles, han ganado experticia en el manejo de su póliza y empiezan a hacer reclamos a la compañía de seguros con cierta periodicidad.

En el siguiente cuadro se detalla la prima de venta nueva sumada con la prima de renovación del producto MINIMED desde el año 2010 hasta diciembre del año 2012:

GRÁFICO 19

PRIMAS PERIODO 2010			PRIMAS PERIODO 2011		
VENTA NUEVA	RENOVACION	TOTAL	VENTA NUEVA	RENOVACION	TOTAL
\$ 346,228.46	\$ 973,605.64	\$1,319,834.10	\$ 781,584.61	\$1,142,001.41	\$1,923,586.02

PRIMAS PERIODO 2012		
VENTA NUEVA	RENOVACION	TOTAL
\$ 724,301.28	\$1,538,868.82	\$2,614,667.09

Fuente: PAN-AMERICAN LIFE SUC ECUADOR. Sistema Symaseg.
Elaboración: AUTOR

Estos datos serán usados como punto de partida para la proyección y análisis financiero a realizarse más adelante.

2.3.5 Siniestros pagados expresados en valores y por año

Basados en el mismo principio de división de primas por vigencia de cada póliza, a los siniestros en el producto MINIMED se los debe considerar con la misma premisa, es decir, si bien es cierto existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de enfermedad o muerte y la edad del propuesto asegurado, el factor determinante en índices de siniestralidad es el tiempo que el cliente ha permanecido vigente dentro de la póliza, debido a que la misma tiene una curva de aprendizaje sobre su uso y aplicaciones aparte del período de carencia para enfermedades preexistentes de 12 meses, pasado este período, la

compañía empieza a dar cobertura a dichas enfermedades como a cualquier otra incapacidad lo que impacta en la siniestralidad total del producto.

En el gráfico que se muestra a continuación, se encuentran los datos históricos evaluados desde el año 2010 hasta diciembre del 2012, donde se puede apreciar la diferencia entre los siniestros presentados por las pólizas que tienen menos de 12 meses de vigencia frente a las que han superado los períodos de carencia y la curva de aprendizaje de la póliza la misma que se estima sea de 6 meses.

GRÁFICO 20

% SINIESTRALIDAD PERIODO 2010			
CONCEPTO	VENTA NUEVA	RENUEVOS	TOTAL
PRIMA	\$ 346,228.46	\$ 973,605.64	\$ 1,319,834
SINIESTROS	\$ 60,643.00	\$ 792,761.00	\$ 853,404
SINIESTRALIDAD	18%	81%	65%
% SINIESTRALIDAD PERIODO 2011			
CONCEPTO	VENTA NUEVA	RENUEVOS	SINIESTROS
PRIMA	\$ 781,584.61	\$1,142,001.41	\$ 1,923,586.02
SINIESTROS	\$ 137,710.00	\$1,191,233.00	\$1,328,943.00
SINIESTRALIDAD	18%	104%	69%
% SINIESTRALIDAD PERIODO 2012			
CONCEPTO	VENTA NUEVA	RENUEVOS	SINIESTROS
PRIMA	\$ 724,301.28	\$1,538,868.82	\$ 2,614,667.09
SINIESTROS	\$ 152,103.27	\$1,399,167.73	\$1,551,271.00
SINIESTRALIDAD	21%	91%	59%

Fuente: PAN-AMERICAN LIFE SUC ECUADOR. Sistema Symaseg.

Elaboración: AUTOR

Como se puede apreciar en el gráfico, los siniestros presentados por las pólizas que tienen menos de 12 meses de vigencia en relación a la prima pagada por las mismas, llegan a ser en el período fiscal no mayores al 19% en promedio. Mientras que los siniestros pagados por la compañía aseguradora a sus clientes con más de un año de vigencia, oscilan en un promedio de 92% sobre las primas que dichas pólizas pagan a la aseguradora en el mismo período.

2.3.6 Mecanismos de control y evaluación de riesgo asegurado

Para mantener sano a un producto de asistencia médica, sea este corporativo, o un pool de seguro como en el caso de MINIEMD es necesario que las tarifas del seguro sean calculadas de manera correcta en base a supuestos históricos y actuariales. Para mantener estos supuestos se debe realizar procedimientos de control interno, los cuales permitan disminuir al máximo posible el grado de incertidumbre que existe sobre el riesgo a asegurar.

Dichos controles inician enviando las políticas de asegurabilidad a los Asesores Productores de Seguros de seguros, quienes son los llamados a colocar las pólizas MINIMED en empresas consideradas como asegurables por el producto, mismo que excluye a las siguientes:

- Personal que utilice la fuerza física de su cuerpo como actividad principal de su empleo, (obreros)
- Personal de campo de empresas dedicadas a la explotación de minas o campos petroleros.
- Clubes o bares
- Fraternidades
- Logias u organizaciones religiosas
- Organizaciones políticas
- Empresas estatales
- Empresas con dificultades financieras
- Grupos que hayan estado con 2 o más aseguradoras dentro de un mismo año.

- Agrupaciones de gente que no tengan relación de dependencia entre sí.

Para que una empresa PYME pueda ser asegurada por Pan-American Life, es necesario pasar por un proceso de evaluación para el cual los propuesto asegurados deberán presentar un documento en la cual declaren el estado actual de salud, a esta declaración se la conoce como el formulario de *Prueba de asegurabilidad* el cual pretende determinar el riesgo real del grupo a través de preguntas indispensables sobre su estado actual de salud. Completado este requisito la compañía de seguros podrá analizar la posibilidad de otorgar cobertura en base a las condiciones conocidas y a los riesgos inciertos.

Basados en el principio de Buena Fe, la compañía acepta las declaraciones del asegurado e inicia el proceso de investigación interna, el cual pretende determinar si dicha persona ha sido asegurada en alguna ocasión bajo la misma empresa, de ser así, se puede revisar un detalle de los siniestros presentados por el cliente para determinar si por error, omisión u olvido el cliente no declaró alguna enfermedad o condición así como la gravedad de las mismas.

Luego de reducir al máximo posible el porcentaje de incertidumbre sobre el riesgo asegurado, la compañía toma la decisión de aceptar,

limitar o rechazar el dar cobertura a las personas evaluadas, esto se debe a que el giro de negocio de las aseguradoras contiene una natural adveración a los riesgos en los que se pueda saber con claridad que es una pérdida inminente para la compañía. Como ejemplo de esto, si una empresa tiene 5 empleados, y dos de ellos tienen cáncer en un estado avanzado entre otras enfermedades, la compañía realiza una proyección en la que compara el riesgo Médico (costos monetarios) el riesgo moral (que el cliente no siga el tratamiento y por consecuencia empeore su enfermedad y el costo), y los costos administrativos. Lo que se pretende con dicho análisis es determinar si la prima que va a pagar el grupo de asegurados va a ser suficiente como para cubrir las enfermedades ya conocidas así como los riesgos inciertos del grupo, en el caso del ejemplo, lo más seguro es que la compañía no acepte otorgar sus servicios a todo el grupo de personas.

3. APLICACIÓN DE LA PLANIFICACION FINANCIERA A UN CASO PRACTICO

3.1 VENTAS.

Partiendo de los datos históricos que se tienen del producto MINIMED desde el año 2010 hasta finales del 2012 podemos decir que con la misma cantidad de Asesores Productores de Seguros o Asesores Productores de Seguros comercializando el producto se han vendido un promedio de 156 pólizas por año con una prima promedio mensual por póliza de \$325,00 e incrementos promedio en estos 3 períodos analizados del 10% para las renovaciones, por lo que basados en esta premisa, se ha realizado una proyección a 7 años en el futuro en la que cada año se renueva el 80% del total de las pólizas que mantiene MINIMED con un incremento de primas del 9% anual lo que proyecta que cada año las primas totales entre renovación y venta nueva anual crezcan en un 12% con relación al año anterior como podemos ver en el Anexo 1 relacionado a la proyección de ventas.

3.2 GASTOS ADMINISTRATIVOS

Analizaremos en primera instancia el gasto de la mano de obra directa e indirecta indispensable para que MINIMED tenga un manejo técnico, comercial y administrativo adecuado. Es necesario tener al menos una estructura de 7 personas

durante los primeros 6 años de proyección, considerando al Gerente Comercial, Asistente administrativo y al Mensajero como mano de obra indirecta ya que su propósito se centra en la comercialización de pólizas de seguros a través de los bróker quienes ganan una comisión por la venta y el mantenimiento de la póliza vendida como se detalla en el Anexo 2. Mientras que los cargos operativos, de mantenimiento de cartera, de evaluación de riesgos y de liquidación de reclamos se consideraran como mano de obra directa, que según la proyección realizada esta necesitará a partir del 7mo año la contratación de 2 personas más, radicadas principalmente en la liquidación de reclamos y en la evaluación de riesgos, ya que al irse incrementando las ventas se incrementarán de la misma forma las necesidades de servicio, esto se ve reflejado en el Anexo 3.

Haciendo referencia al Anexo 2 donde se detalla el cálculo de mano de obra indirecta y su incidencia sobre el coste de la prima de seguros de manera anual, esta llega a representa en promedio \$102,36 por cada póliza vendida a lo que sumaremos los costos directos, las depreciaciones los gastos de comisiones pagaderas a los Asesores Productores de Seguros y la siniestralidad del producto proyectada para calcular los costos totales de producción.

Entre los costos fijos se consideran rubros como arriendo de oficinas pagos de servicios básicos, el uso de suministros, entre otros. A este tipo de rubros se los ha proyectado basándonos en una inflación anual del 4,77% y en las necesidades que

tendría el producto MINIMED de este tipo de servicios, se hace referencia al Anexo 4.

Por otro lado se ha considerado también los gastos de siniestralidad anual que sufre el producto MINIMED, el mismo que es en promedio el 65% del valor de las primas recaudadas y crece a través del tiempo según la proyección debido a que la cartera de clientes que van más de 12 meses asegurados dentro de esta póliza y han pasado sus períodos de carencia y curva de aprendizaje se incrementa cada año y representa más de 3 veces la cartera de venta nueva la misma que tiene siniestralidad promedio del 18% (ver Anexo 5). Este incremento no se lo puede ver como directamente proporcional ya que cada año se venden 150 pólizas como número fijo mientras que las renovaciones incrementan cada año en alrededor de 120 pólizas y se acumulan a través del tiempo por lo que según podemos ver en la proyección de ventas al llegar el año 2013 las ventas nuevas representaran el 23% de cartera MINIMED mientras que en el año 2019 este número habrá cambiado al 21% de la cartera total (ver Anexo 1)

3.3 GASTOS COMERCIALES

Dentro de los gastos comerciales se ha considerado los gastos de comisiones pagaderas a los Agentes Asesores de Seguros o Asesores Productores de Seguros

de acuerdo a los niveles de comisión que ofrece el producto. Cabe recalcar que la comisión será la misma tanto para la venta nueva del producto como para la renovación de la póliza, este rubro es el 15% del valor de la prima neta, y se lo paga de forma mensual (ver Anexo 5).

Los gastos de publicidad son considerados dentro de los comerciales, y se enfocan principalmente en material de apoyo informativo como trípticos y carpetas. En adición a este tipo de gastos tenemos los eventos que realiza la compañía, proyectados a ser 2 por año a un costo de \$900 cada uno, dichos eventos se realizan en hoteles y son cocteles o desayunos que tienen como propósito principal el dar a conocer los beneficios del producto, las soluciones prácticas que ofrece a los clientes y las maneras de comercializar la póliza.

3.4 FLUJO DE CAJA

Para el cálculo del flujo de caja proyectado a 10 años se ha tomado en cuenta, las variantes de caja que genera el negocio y el uso de que tiene el mismo de su caja; se analizará de esta forma inicialmente el flujo de caja operacional en el cual para el producto MINIMED participan las primas emitidas como “Ventas” las comisiones pagaderas a los Agentes productores de seguros como el principal “costo de ventas”, así como también la cuantía en el año de los costos fijos y la

cantidad de impuestos que el producto genere en cada período fiscal (ver Anexo 6).

El siguiente paso será analizar la variación del capital de trabajo que necesita el producto para su correcto funcionamiento para lo cual se han establecido políticas normales y acostumbradas en el mercado asegurador las cuales definen el tiempo de demora en el pago de comisiones a los Asesores Productores de Seguros, así como el pago de honorarios a nuestros proveedores médicos. Para efectos de este caso se toma en cuenta que las comisiones a los bróker son pagaderas cada 15 días, en fechas fijas, mientras que los pagos de honorarios a los hospitales y proveedores médicos son pagaderos 15 días después de que el proveedor nos entrega la factura.

Al ser una empresa de Seguros y estos ser considerados un servicio, en el producto no se han considerado la compra de activos fijos significativos para el funcionamiento adecuado del negocio por lo que la materialidad de estos o la eficiencia de su uso no tiene efectos significativos en los flujos de caja.

Como parte final del flujo de caja proyectado se analizará el apalancamiento tanto por parte de los bancos como el de los socios, por lo que este mismo irá variando

con el tiempo ya que lo que se pretende es que el producto no tenga ningún tipo de apalancamiento bancario o deuda financiera.

3.4.1 Flujo de Caja Libre.

Partiendo de la utilidad a generarse en el primer año de operaciones analizado y tomando en cuenta la participación de los trabajadores y los impuestos pagaderos al organismo de control tributario, llegamos a la utilidad ajustada, la misma que será afectada por las variaciones negativas o positivas en activos corrientes y en pasivos corrientes.

A medida que el activo corriente es usado, el flujo presentara valores negativos ya que se tendrá menos dinero en caja para utilizar mientras que el activo aumenta, para el caso de MINIEMD, la variación anual en este rubro es negativa ya que las primas por cobrar tienen un período de gracia de 30 días establecido contractualmente en cada póliza. Debido a su naturaleza el producto solo puede ofrecer la forma de pago mensual lo que hace que se pueda proyectar las cuentas por cobrar de diciembre como la variación de activos corrientes.

Al tratarse de los pasivos y sus variaciones se puede notar que los 2 primeros años los saldos son positivos ya que existe un incremento en el pasivo corriente centrado en 2 cuentas naturales del negocio de seguros, y éstas corresponden a las reservas técnicas que forman parte del pasivo y a las comisiones pendientes de pago. Como se menciona en párrafos anteriores, la política de pago de comisiones las elige cada empresa de seguros pero es el medio y las prácticas normales y acostumbradas las que definen de una u otra manera éstas políticas, ya que una empresa puede perder competitividad si sus pagos de comisiones a los agentes productores de seguros no son a tiempo o son en períodos muy largos de diferencia. La política que se ha adoptado para este producto es el pago de comisiones quincenal lo que hace que 15 días del mes de diciembre queden pendiente de pago a los agentes por concepto de comisiones y de esta forma exista un incremento en el pasivo corriente ya que las comisiones están directamente relacionadas con las ventas, y se ha proyectado un crecimiento anual en ventas del 12 %. Con el paso del tiempo según lo proyectado cada vez va a ir disminuyendo en mayor proporción los pasivos corrientes en comparación al año anterior lo que representa una fuente de recursos para el proyecto. (ver Anexo 7)

Debido a que en el ejemplo estamos partiendo del primer año en el cual el producto se lanza al mercado es necesario incluir en nuestros flujos

de efectivo la creación de las reservas técnicas, mismas que representan una salida de efectivo del producto. Por efectos de la reserva es necesario registrar un préstamo a largo plazo en el año 2010 que sea capaz de generar la reserva y las inversiones obligatorias así como también que genere una fuente de dinero para que el producto pueda cumplir con sus obligaciones y funciones.

Para efectos de esta tesis, se ha calculado la necesidad de un préstamo de 254 mil dólares pagaderos en un mediano plazo de 5 años adicional al aporte patrimonial de 12 mil dólares indispensable para poner en marcha el negocio. Lo que nos da como resultado final un saldo positivo de caja en el primer año, mismo que dentro de la proyección crece drásticamente a través del tiempo lo que permitirá a los directivos definir políticas de pago de dividendos, inversiones más amplias o en su defecto inversiones en el exterior, luego del pago de toda obligación y deuda pendiente.

3.5 BALANCE GENERAL DEL PRODUCTO PROYECTADO

En la proyección del balance general del producto MINIMED se puede definir que los activos corrientes inician con el saldo final del flujo de caja, lo que para el

primer año es suficiente un monto aproximado a los 8 mil dólares, mientras que se debe generar inversiones financieras corrientes por el total de los valores creados como reservas técnicas para los productos de asistencia médica.

Respecto al tema de las inversiones, el organismo de control que es la Superintendencia de Bancos y Seguros, define a las reservas técnicas como la representación de las provisiones necesarias que deben ser respaldadas con inversiones para hacer frente a los riesgos asumidos en condiciones adecuadas de seguridad, rentabilidad y liquidez. Por lo que obliga a las compañías de seguros que operen en el país a invertir el valor total de las reservas técnicas distribuyendo este rubro en activos sugeridos en la ley de seguros dentro de su artículo 40 “Las empresas de seguros y compañías de reaseguros deberán mantener invertidos, en todo momento, las reservas técnicas, capital pagado y reserva legal en los títulos o valores y hasta los porcentajes establecidos en el artículo 23 de la Ley General de Seguros”.

Siguiendo con el artículo descrito en el párrafo anterior existe un lineamiento obligatorio en el cual se describe en qué tipo de inversiones debe una compañía de seguros colocar sus reservas técnicas hasta los cupos establecidos para cada rubro.

A continuación se describe en resumen los límites obligatorios de inversión para las compañías de seguros en el Ecuador:

TABLA #2

N°	DETALLE DE INVERSIONES OBLIGATORIAS	CUPO
A	Inversiones del Estado	40%
B	Títulos representativos captaciones	40%
C	Cédulas Hipotecarias	40%
D	Obligaciones emitidas por empresas bajo control Superintendencia de Compañías	30%
E	Inversiones entidades bajo control de Superintendencia de Bancos y Seguros	50%
F	Fondos de inversión	10%
G	Inversiones en el extranjero	10%
H	Inversiones en bienes raíces	30%
I	Valores emitidos por instituciones públicas(Corporación Financiera Nacional	20%
J	Préstamos asegurados pólizas vida	0%
K	Préstamos asegurados pólizas vida	25%

Fuente: LEY GENERAL DE SEGUROS No. 74 Art 23

Elaboración: AUTOR

Como propósito de estudio, no se ha definido una política de inversión para este ejemplo, la suposición es que se cumplen con las disposiciones legales y con la inversión de todas las reservas técnicas.

Continuando con los activos corrientes, es importante analizar el comportamiento de las cuentas por cobrar, en este caso llamada “deudores por prima” la misma que

contiene una política ya establecida por el mercado que otorga 30 días de período de gracia para el pago de primas de una póliza de asistencia médica y vida, por lo que se ha proyectado que las cuentas por cobrar corresponden al 30% del valor total de las primas netas. Se ha llegado a este porcentaje debido a la experiencia que tiene la compañía en otros productos similares y a lo normal y acostumbrado en el mercado por lo que se ha proyectado esta tendencia a 10 años en el tiempo.

Pasando a los activos fijos, para que el producto MINIMED tenga un correcto funcionamiento se ha proyectado la compra y renovación de muebles y enceres, así como la adquisición y renovación de equipo de cómputo. Las reposiciones de los equipos y activos fijos se las realizarán en base a las tablas de depreciación y en base a las necesidades que se tengan al momento, por lo que se han proyectado compra de equipo electrónico en cada contratación de personal y cada 3 años se renovará el mismo.

Al analizar las cuentas de activos, se proyecta un crecimiento en activos del 94% en el segundo año, el 31% en el tercer año respecto al segundo hasta llegar a una media de 20% en cada año respecto al anterior. Esto se explica debido al incremento en primas que sufrió el producto en el año 2011 y 2012 debido a la alta siniestralidad incurrida en esos años, así como también al incremento en la cantidad de inversiones por la variación de las reservas técnicas.

Al tratarse del pasivo, para efectos de estudio el mismo será dividido en pasivo corriente (obligaciones a corto plazo) y en pasivo largo plazo (obligaciones a largo plazo). Dentro del primer grupo de obligaciones tenemos las que la ley exige a las compañías de seguros, y de las cuales ya se ha hecho mención en párrafos anteriores, se trata de las cuentas de reservas. Entre éstas se han calculado las reservas de riesgo en curso las mismas que por tendencia son el 4% del total de siniestros incurridos en cada año, cabe recalcar que los siniestros incurridos no son más que todos los siniestros que se han presentado a la compañía de seguros y que no necesariamente la compañía ha procedido con el pago de los mismos, también se ha calculado las Reservas de Siniestros Pendientes de Pago los cuales representan el 1% del total de siniestros incurridos y la Reserva de Siniestros Incurridos y no Reportados en este caso en particular se trata de un tipo de reserva que puede afectar directamente la prima del producto al momento de la renovación, y se la calcula según el método de “triangulación” mes a mes por recomendación del organismo de control, lo que da una tendencia cercana al 10% por lo que se ha tomado a esta como factor para la proyección de los 7 años posteriores.

Al total de reservas técnicas se le suma la porción que queda por pagar a los Agentes Productores de Seguros por consecuencia de su intermediación, la misma que se ha definido como el 15% del valor total de la prima cobrada. La política de

pago de comisiones es quincenal por lo que se ha proyectado que las cuentas por pagar sean el 30% del monto de comisiones generadas por los agentes cada año, eso en base a la suposición de que las primas por cobrar también son del 30% del valor de la prima neta emitida.

Dentro de los pasivos corrientes también se han proyectado las obligaciones por pagar por concepto de aportaciones al IESS según lo regido por la ley, así como los demás beneficios de ley que se generan para los trabajadores.

Continuando con los pasivos a largo plazo, el proyecto se ve obligado a apalancarse en un préstamo financiero de largo plazo (3 años) para tener un flujo de caja positivo, y poder cumplir con sus obligaciones de reservas, inversiones, y pagos a sus trabajadores, este préstamo se proyecta a ser pagadero dentro de los 3 primeros años de operación en el cual el producto MINIMED cubriría por completo con las obligaciones a largo plazo y no sería necesaria nuevamente otro endeudamiento de esa naturaleza según los flujos de caja proyectados.

Respecto al patrimonio, este se encuentra conformado en el primer año por un supuesto capital pagado de \$12170, el mismo que se mantiene en la proyección hasta el año 18, y según se defina las políticas de repartición o distribución de utilidades a los socios se irá reteniendo las mismas a través del tiempo, debido a

que según el funcionamiento del producto se proyecta tener una utilidad neta incremental la misma que dependerá si se mantienen las condiciones planeadas.

3.6 INDICADORES FINANCIEROS APLICADOS AL PRODUCTO

A continuación se analizarán los principales indicadores financieros aplicables al producto, tomando en cuenta de que el mismo no es una compañía de seguros en su totalidad sino más bien un producto parte de las ofertas de la compañía aseguradora, por lo que se pretende demostrar luego del desarrollo de esta tesis su auto sustentabilidad del mismo en el tiempo.

Los indicadores a usarse serán netamente de carácter financiero, administrativo y los obligatorios que apliquen al ramo de seguros y al producto según la Superintendencia de Bancos y Seguros en el Ecuador por lo que se detalla a continuación los indicadores elegidos:

Resumen De Indicadores

- Liquidez
- Liquidez inmediata

- Seguridad
- Rentabilidad para los accionistas
- Rentabilidad de los activos
- Tasa de gastos de administración
- Tasa de gastos de producción
- Tasa de gastos de operación
- Cesión reaseguro
- Endeudamiento
- Tasa de siniestralidad neta retenida devengada
- Costo de siniestralidad
- Razón combinada
- Tasa de utilidad técnica

- Reservas técnicas/siniestros retenidos
- Reservas técnicas a primas netas retenidas
- Activo/prima neta emitida
- Oxigenación de cartera
- Solvencia (patrimonio no menos a 1/6)
- Capital de trabajo

3.7 INTERPRETACIÓN Y SEMAFORIZACIÓN DE INDICADORES

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el organismo de control que vela por la seguridad de las partes del sistema asegurador, sean estos los asegurados, los intermediario, las aseguradoras, los reaseguradores los peritos de seguros y los agentes productores de seguros, es la Súper Intendencia de Bancos y Seguros.

Dicho Organismo controla el buen funcionamiento de las compañías de seguros, da lineamientos a las estructuras financieras que deben tener cada compañía dependiendo del ramo que manejan así como realiza auditorías que pretenden comprobar el buen cumplimiento de sus contratos y el correcto manejo del dinero confiado por los asegurados para cubrir sus riesgos, caso contrario, una compañía del sistema asegurador corre el riesgo de ser multada, intervenida o en el peor de los casos de ser cerrada.

Los indicadores utilizados en el proceso de análisis de auditoría hecho por la súper intendencia de bancos, son 16 para las empresas de seguros de vida y asistencia médica de los cuales tan al producto MINIMED aplican 12 debido a que se trata solo de un producto de seguros y que para efectos de esta tesis no se incurre en reasegurar el riesgo, mientras que los demás indicadores utilizados han sido elegidos durante el desarrollo de esta tesis para el mejor entendimiento del comportamiento del producto a través del tiempo. (Ver Anexo 8)

Dentro de los 12 indicadores que analiza el organismo de control, se encuentran los indicadores de alerta temprana, los mismos que generan un lineamiento que mide cuando una compañía de seguros necesita una intervención u observación por parte del organismo de control, lastimosamente no se trata de información que puede ser publicada por mantener la objetividad de las empresas en presentar sus estados financieros y evitar las prácticas ilegítimas con el propósito de no ser

observados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, por lo que se compararán los principales indicadores con el promedio del sistema de seguros en Ecuador y mediante el cálculo de la desviación estándar de cada uno de los indicadores se generarán los rangos normalmente aceptados por el sistema con el propósito de evaluar si el producto MINIMED se encuentra dentro de los valores aceptados por el organismo de control.

El procedimiento de generar los rangos anuales se lo realiza sumando y restando del resultado promedio de cada indicador obligatorio dos desviaciones estándar, para poder determinar qué tan lejos del promedio se encuentra el resultado de un indicador de una compañía de seguros en comparación con los resultados de todo el mercado asegurador.

En el siguiente gráfico se puede ver un ejemplo referencial de el análisis de desviaciones estándar ocupado para calificar a cada uno de los indicadores con la media del sector e identificar la anormalidad del mismo de manera positiva o negativa:

GRÁFICO 21

COMPOSICION DE LAS DESVIACIONES ESTANDAR Y CALIFICACION POR INDICADOR			
RANGOS	CALIFICACION		
Mayor a + 2 Desv Estándar	1	1	5
Entre +1 y + 2 desv estándar	2	2	4
Entre -1 y +1 desv estándar	3	3	3
Entre -2 y -1 desv estándar	4	4	2
Menor a -2 desv estándar	5	5	1
TIPOS DE INDICADOR	Solvencia, Rentabilidad, Calidad de Activos	Liquidez	Morosidad, Eficiencia
CALIFICACIONES ACEPTABLES	1,2,3		
CALIFICACIONES DE ALERTA	4,5		
Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros Ecuador			
Elaborado: Revista EKOS diciembre del 2012			

Por efectos de estudio, desarrollaremos cada uno de los indicadores, explicando de donde se tomó cada dato para su correcta elaboración, el propósito del indicador así como la importancia de la información que el mismo genera y se lo comparará contra el indicador promedio del sector sumado y restado 2 desviaciones estándar, con el propósito de saber si el producto MINIMED y su autosustentabilidad son técnicamente viables

En el siguiente Gráfico se detallan los indicadores a evaluarse.

GRÁFICO 22

RESUMEN DE INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
LIQUIDEZ	2.41	2.50	2.69	3.19	3.61	4.11	4.63	5.16	5.63	6.06
LIQUIDEZ INMEDIATA	0.04	0.33	0.64	0.77	1.00	1.29	1.60	1.90	2.18	2.44
SEGURIDAD	1.14	1.40	1.98	2.67	3.41	4.11	4.64	5.17	5.63	6.06
RENTABILIDAD PARA LOS ACCIONISTAS	0.82	0.78	0.66	0.40	0.33	0.27	0.23	0.20	0.18	0.17
RENTABILIDAD DE LOS ACTIVOS	0.10	0.22	0.32	0.25	0.23	0.20	0.18	0.16	0.15	0.14
TASA DE GASTOS DE ADMINISTRACION	0.14	0.11	0.09	0.08	0.08	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07
TASA DE GASTOS DE PRODUCCION	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15
TASA DE GASTOS DE OPERACIÓN	0.29	0.26	0.24	0.23	0.23	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22
CESION REASEGURO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENDEUDAMIENTO	5.20	1.82	0.76	0.40	0.26	0.20	0.17	0.15	0.13	0.12
TASA DE SINIESTRALIDAD NETA RETENIDA DEVENGADA	0.48	0.48	0.41	0.45	0.45	0.45	0.45	0.45	0.45	0.45
COSTO DE SINIESTRALIDAD	0.62	0.61	0.51	0.57	0.57	0.57	0.57	0.57	0.58	0.58
RAZON COMBINADA	0.76	0.73	0.60	0.65	0.64	0.64	0.64	0.65	0.65	0.65
TASA DE UTILIDAD TECNICA	0.38	0.37	0.40	0.34	0.32	0.32	0.32	0.31	0.31	0.31
RESERVAS TECNICAS/SINIESTROS RETENIDOS	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18
RESERVAS TECNICAS A PRIMAS NETAS RETENIDAS	0.10	0.10	0.09	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10
ACTIVO/PRIMA NETA EMITIDA	0.41	0.55	0.68	0.77	0.91	1.04	1.19	1.32	1.45	1.58
OXIGENACION DE CARTERA	0.36	0.68	0.38	0.31	0.29	0.28	0.28	0.27	0.27	0.26
SOLVENCIA Patrimonio no menos a 1/6	0.05	0.16	0.33	0.48	0.64	0.79	0.93	1.07	1.20	1.32

Fuente: Investigación y proyección financiera.
Elaboración: Autor

a) **Liquidez.-** este indicador pretende determinar la cantidad de activos corrientes que posee una empresa para hacer frente a sus obligaciones financieras, como por ejemplo sus deudas, la conformación de reservas o cualquier pasivo a pagar en el corto plazo. El promedio de Liquidez del mercado hasta el 2012 es de \$1,30 por cada dólar de obligación financiera por lo que con los resultados proyectados del producto MINIMED se entiende que para el 2013 el producto terminará generando \$3.19 dólares por cada dólar de obligación, lo que representa una liquidez importante suficiente para cubrir todas las deudas corrientes con holgura. Con el paso del tiempo esta puede llegar a ser de hasta \$6,06 dólares por cada dólar de pasivo si mantiene su crecimiento sostenido y el dinero generado no es usado en otros fines operacionales. Según el análisis de desviaciones estándar, se determinó que existe una alerta por parte del organismo de control en el caso de que este indicador sea inferior a \$0,31 centavos de dólar en activo corriente frente al pasivo corriente por lo que se entiende que el producto está dentro de los rangos permitidos. (Ver Anexo 8)

b) **Liquidez Inmediata.** Este indicador representa la relación existente entre el activo líquido o en este caso las cuentas de caja o bancos, frente a la cantidad de pasivo corriente o de obligaciones corrientes generadas en el período. Por lo que se entendería como la suficiencia de fondos líquidos de una empresa para afrontar inmediatamente las deudas u obligaciones. El

resultado de este cálculo en el producto MINIMED analizando el año 2013 es de 0.77 centavos de dólar por cada unidad de dólar de pasivo corriente, lo que está por encima del rango mínimo permitido para este años según el organismo de control el cual pretende que sea una alerta cuando este indicador sea igual o menor al promedio del mercado restado una desviación estándar que es de 0,16 centavos de dólar por cada dólar de pasivo corriente. (Ver Anexo 8)

- c) **Seguridad.** Se pretende con este indicador conocer lo preparada que puede estar una empresa para afrontar sus pasivos a corto y largo plazo, por lo que en su cálculo se evalúa la relación que existe entre el total de activos contra el total de pasivos. En este tipo de indicadores al igual que en los de liquidez, la alerta para la Superintendencia de Bancos y Seguros se activa cuando el resultado es igual o menor al promedio del mercado restado una desviación estándar mientras que la mejor calificación de riesgo es decir la AAA se la otorga cuando el indicador arroja resultados mayores o iguales al promedio sumado dos desviaciones estándar. En este caso la calificación del producto seria AAA ya que el resultado del indicador al 2013 es de 2,67 dólares por cada unidad monetaria de obligaciones a corto y largo plazo que tiene la empresa y la tendencia se mantiene, debido al crecimiento sostenido que va generando en la proyección el producto a lo largo de todos los años proyectados. (Ver Anexo 8)

d) Rentabilidad para los accionistas Con respecto a la rentabilidad que reciben los accionistas por cada dólar de inversión en el producto MINIMED se puede decir que el cálculo de este indicador compara la utilidad neta contra el total del patrimonio a lo que para el año 2013 esta es del 40% por cada dólar que invierten los accionistas. El mínimo aceptado por el organismo de control según sus metodologías de auditoría de riesgos es la tasa pasiva referencial del Banco Central del Ecuador, la cual para finales del 2012 se situó en 4,33% por lo que en el año 2013 se puede decir que los rangos de rentabilidad del producto son mejores a los aceptables, mientras que el promedio del mercado asegurador llega al 12%, las empresas con mayor ganancia para el 2012 llegaron a tener hasta el 59% de rentabilidad para sus inversores. Por otro lado se puede notar que en la proyección a 10 años realizada en el desarrollo de esta tesis el resultado de este indicador se va reduciendo paulatinamente con el paso de los años, y esto no se debe a la disminución de utilidades ya que éstas crecen todos los años, sino más bien se deben al incremento de las cuentas patrimoniales, principalmente a las cuenta de utilidades retenidas ya que no se ha definido una política de repartición de dividiendo para los accionistas ya que lo que se pretende es demostrar la autosustentabilidad del producto. (Ver Anexo 8)

e) Rentabilidad de los activos. Este indicador determina la utilidad producida por cada dólar que la empresa mantiene en activos. en este caso se ha proyectado una rentabilidad sobre los activos de al menos el 25% para el año 2013, la misma que va decreciendo a través del tiempo debido al aumento en acelerado de activos causado principalmente por la liberación de las reservas técnicas y por el crecimiento continuo de las ventas e incrementos en primas. Dentro de los indicadores de alerta temprana, según el análisis de desviaciones estándar, es aceptable que el resultado de la relación entre la utilidad y el total de activos sea superior a una desviación estándar restada del promedio del mercado, lo cual para el 2012 es de -6% mientras que un excelente resultado (AAA) es el equivalente al promedio sumado dos desviaciones estándar, lo que es igual a 21%. Se puede decir entonces que la rentabilidad de los activos que genera el producto MINIMED durante sus 6 primeros años de vida es excelente, mientras que es su proyección esta se reduce con el paso del tiempo hasta llegar en el 2009 a ser del 14% lo que es aun superior al promedio del mercado en el 2012. (Ver Anexo 8)

f) Tasa de Gastos de Administración. El propósito de esta razón es identificar la relación que existe entre los gastos administrativos inherentes del negocio en las ventas totales que se realiza del producto, para esto dividimos el total de gastos administrativos generados en cada año contra el total de prima emitida. Se obtienen mejores resultados siempre que los

costos administrativos sean menores al total de ventas realizadas por lo que en organismo de control genera una alerta cuando esta relación es superior al promedio más una desviación estándar lo que da como resultado en la tabla referencial del 2012 un 36% ya que el promedio es 14% lo que quiere decir que por cada dólar que se genera de ventas corresponden 0,14 centavos a los costos administrativos. En el caso del MINIMED se ha proyectado una relación de 0.08 centavos de gastos administrativos por cada dólar generado de venta lo que está en el 2013 por debajo del promedio del sistema asegurador, el nivel de participación de estos costos en las ventas se mantiene casi constante a lo largo del tiempo según la proyección realizada. (Ver Anexo 8)

- g) Tasa de gastos de producción.** Este indicador compromete al valor que se genera por conceptos de comisiones pagaderas a los Asesores Productores de Seguros debido a la colocación de pólizas, por lo que se ha definido como política del producto, que el mismo genere una comisión del 15% sobre el valor de la prima neta que llega a generar cada productor en sus ventas. En este caso el organismo de control permite la libre negociación entre aseguradoras y Asesores Productores con el propósito de definir su nivel de comisión, aunque en promedio del mercado la comisión oscila entre un 11% y 12% del valor de la prima neta. No existe una alerta temprana para este indicador sino más bien se procura que no exista

competencia desleal entre los participantes del mercado asegurador. (Ver Anexo 8)

h) Tasa de Gastos de Operación. El propósito de este indicador es ayudar al control de los gastos de operación del producto frente a las primas netas emitidas, es decir a las ventas. La relación a comparar es la suma de los gastos de administración que en el caso de estudio es de alrededor del 8% de las primas netas más los gastos de comisiones pagadas a los Asesores productores de seguros, que como se describió en el párrafo anterior será del 15% por políticas de la compañía, lo que da un resultado del 23% para el año 2013 y de mantenerse las variables proyectadas este sería el promedio de tasa de operaciones que se cumple año a año hasta el 2013. Cabe recalcar que los costos de operación promedio del mercado asegurador son del 25% por lo que el rango aceptable es que dichos costos lleguen hasta 45% que es el resultado del promedio sumado una desviación estándar, aunque para efectos del producto MINIMED si los costos llegarán a ser tan altos el mismo se encontraría reflejando pérdidas. (Ver Anexo 8)

i) Cesión de reaseguro este indicador compara la cantidad de primas cedidas al reasegurador contra la cantidad de primas emitidas, con el propósito de determinar con cuanto riesgo se queda la compañía de seguros

cedente y cuál es el riesgo transferido a la compañía de reaseguros. Para efectos de esta tesis se ha definido que el producto MINIMED no necesita usar la figura de reaseguro ya que se pretende verificar la autosustentabilidad del producto a través del tiempo y para eso se ha tomado la consideración de que la empresa aseguradora se quede con el 100% del riesgo.

En el mercado el promedio del reaseguro cedido es del 54% pero las desviaciones son relativamente altas, es decir en el ramo de vida por lo general se cede más del 90% del riesgo mientras que en el ramo de asistencia médica el riesgo es cedido en promedio en un 30%.

Por lo general la cantidad de riesgo cedido depende de la concentración del mismo frente al patrimonio de la empresa aseguradora, es decir si en un ejemplo una aseguradora pequeña con un patrimonio menor a los 5 millones de dólares pretende asegurar un buque que cueste 20 millones estaría obligada al menos a reasegurar el 15 millones de dólares y aun así de existir un siniestro la compañía de seguros correría el riesgo de quiebra, por lo que este indicador no tiene un limitante de desviaciones estándar sino más bien se compara el riesgo contra el patrimonio. (Ver Anexo 8)

j) Endeudamiento. Este indicador busca determinar la cantidad o porcentaje de dinero de la empresa que está comprometida con los acreedores de deuda. Al resultado de comparar la cantidad de pasivo vs el total del patrimonio se lo conoce como endeudamiento o apalancamiento. En el mercado, el promedio de apalancamiento financiero en acreedores es de 1,52 dólares por cada dólar de patrimonio que tiene la empresa, pero en este caso debido a que se trata solo de un producto de seguros el apalancamiento en el primer año 2010 fue fuerte, de 5,20 por cada dólar de inversión, pero desde el 2013 el mismo decrece constantemente debido al pago de deudas y a la liberación de reservas técnicas por los que para el año en mención el indicador indica que 0,40 centavos de dólar se compromete con los acreedores o en reservas de cada dólar del patrimonio. Hay que tomar en cuenta que si bien es cierto el producto espera no mantener deudas a través del tiempo, en el caso de la proyección presentada no se ha definido política de repartición de dividendos por lo que cada año crece el patrimonio mientras el nivel de reservas y de préstamos disminuye. (Ver Anexo 8)

k) Tasa de siniestralidad retenida devengada. Este indicador define la relación existente entre el total de siniestros incurridos y reportados frente a la cantidad de primas emitidas sumadas con la totalidad de liberación de reservas, por lo que si se mantiene el nivel de siniestralidad proyectada, la tasa de siniestralidad retenida también se va a mantener a través del tiempo

en un promedio del 45% lo que está de acuerdo al promedio del mercado. La sensibilidad de este indicador obliga a que una empresa este en un rango normal siempre y cuando esté hasta el valor del promedio del mercado sumado un medio de una desviación estándar ya que caso contrario los productos de seguros reflejarían pérdidas en sus operaciones afectando directamente al resto de indicadores. (Ver Anexo 8)

- 1) **Costo de siniestralidad.** Es uno de los indicadores más sencillos de calcular ya que tan solo mide la relación entre el total de siniestros incurridos contra el total de primas emitidas, pero a su vez en los productos de seguros es uno de los indicadores más importantes, sensibles y difícil de controlar por las compañías de seguros ya que principalmente depende de factores externos y del entorno, por lo que la única manera que tiene una aseguradora de controlar la siniestralidad de sus productos es mediante un buen sistema de suscripción y evaluación determinando técnicamente los valores de las primas y los costos del seguro.

Al realizar la proyección del producto MINIMED se partió con una siniestralidad histórica del 62% en el año 2010 la misma que se mantuvo para el 2011 y la compañía se vio obligada a realizar un fuerte incremento en primas para mantener al producto a través del tiempo, por lo que se puede ver un cambio drástico de siniestralidad al 51,4% para el 2012 y con

una tendencia a nivelarse en un 57% a futuro durante los siguientes años lo que le da la producto la estabilidad necesaria para poder cubrir sus costos administrativos, los costos de producción y brindar el margen de rentabilidad esperado.

Como se hace mención en los capítulos anteriores la siniestralidad de asistencia médica promedio del mercado es de alrededor del 65% por lo que de mantener el producto menor a ese rango no existiría ningún tipo de alerta, debido a la sensibilidad del indicador este entraría en alerta temprana cuando exceda al promedio en un medio de la desviación estándar. (Ver Anexo 8)

m) Razón combinada este indicador compuesto evalúa el total de costos de un producto de seguros contra la prima total emitida, es decir se divide la sumatoria de los siniestros incurridos y presentados más los costos administrativos más los costos de producción contra las primas emitidas anualmente. En la proyección, si la analizamos desde el 2010 se puede ver el mismo efecto de realizar en incremento de primas que en los 2 indicadores anteriores en el año 2012, es decir, la razón combinada era superior al 76% para el primer año y el 73% en el segundo, luego de realizar el incremento de primas de 27% la razón combinada bajó a un 60% para el 2012 hasta equilibrarse en un 64% a través del tiempo si el resto de variables no cambian.

El promedio de razón combinada en el mercado asegurador es de alrededor de 76% por lo que MINIMED se encontraría en una posición preferencial frente al promedio. (Ver Anexo 8)

- n) Tasa de Utilidad Técnica.** Se trata de otro indicador compuesto, el cual hace referencia a la comparación entre el Margen de contribución que es el resultado de la diferencia entre las primas restadas los costos de siniestros, los costos de producción y los costos de administración contra el ingreso devengado, el mismo que para este producto será igual al total de primas emitidas en un año.

Si dividimos el resultado técnico para las primas, el indicador pretende graficar que por cada dólar de prima emitida técnicamente existe un margen de ganancia definido, por lo que en el 2013 el resultado de este indicador nos muestra una ganancia técnica del 33% del total de ventas realizadas este resultado va variando en la proyección con el tiempo hasta llega en el 2019 a un 30%.

En el mercado asegurador para el año 2012 el promedio de la tasa de utilidad técnica es del 24% y la alerta para el organismo de control se activaría en el caso de que dicha utilidad sea inferior en 0,5 desviaciones

estándar al promedio ya que de ser así la empresa registraría un resultado operacional negativo. (Ver Anexo 8)

o) Reservas Técnicas Vs Siniestros Retenidos. El objetivo de este cálculo es comparar y controlar el cálculo de reservas técnicas frente a los siniestros presentados a la aseguradora o siniestros incurridos con el propósito de garantizar al asegurado la correcta garantía del pago de sus siniestros. En el caso del producto MINIMED la cantidad de reservas técnicas que se calculan sobre los siniestros es del 18% en promedio la misma que se mantiene a través del tiempo constante, pese a que el promedio del mercado es del 1.26 dólares de reserva por cada dólar de siniestro presentado la reserva de MINIMED frente a los siniestros presentados no es la mínima aceptada que es igual al promedio del mercado restado un medio de la desviación estándar. Cabe recalcar que al ser un cálculo de garantía existe un mínimo pero no un máximo por lo que las distancias estadísticas entre los extremos (mínimo y máximo) contra la media es muy amplia por lo que la desviación estándar es más de 5 veces mayor a uno lo que dificulta el generar un límite usando este sistema. (Ver Anexo 8)

p) Reservas técnicas a primas netas retenidas. Al igual que el indicador anterior el objetivo de este cálculo es comparar y controlar el cálculo de reservas técnicas frente a las primas emitidas por la aseguradora con el propósito de mantener la relación entre las reservas creadas y la cantidad

de prima emitida, esta relación es directamente proporcional con la cantidad de siniestros que se proyecta tenga a futuro un producto, así como también se ve afectado por el cálculo de las reservas técnicas y su metodología. Al liberar año a año el total de reservas y mantener las reservas obligatorias el indicador arrojará en el producto MINIMED una relación del aproximada al 10% anual mientras que el promedio del mercado es 56% en reservas técnicas. Cabe recalcar que mientras se cumpla con las reservas legales y se mantenga la siniestralidad el indicador no podría ser considerado para determinar una alerta temprana por lo que se considera aceptable que al menos el resultado del mismo sea igual o mayor a en media desviación estándar restada del promedio del mercado. (Ver Anexo 8)

- q) Activo para prima neta emitida.** Este indicador pretende demostrar la relación existente entre el total de activos de la empresa contra la prima neta emitida por la misma, es decir cuántas unidades monetarias existen de activo por cada dólar de prima emitida. La relación es el resultado de la división de los dos factores, total de Activos dividido entre el total de primas lo que en el promedio de mercado genera una relación de 0.91 centavos de dólar por cada unidad monetaria emitida de prima. El producto MINIEMD debido a su estructura financiera tiene un crecimiento constante desde el 2013 hasta llegar a 1.58 dólares de activo por cada dólar de prima emitida.

Se debe tomar en cuenta que no se ha definido una política de inversión para la liberación de las reservas técnicas por lo que se entiende que las inversiones realizadas con las mismas se mantienen a través del tiempo como inversiones y se acumulan año a año lo que puede estar inflando al activo.

Es aceptable para este indicado que su resultado oscile entre valores superiores al promedio del mercado restado un medio de su desviación estándar, caso contrario estaría en la zona de alerta ya que no tiene suficientes activos para respaldar la liquidez y solidez de la empresa. (Ver Anexo 8)

- r) Solvencia.** El indicador de solvencia nos muestra la relación existente entre el total de primas emitidas con el patrimonio de la empresa, y para esto el organismo de control ha determinado que el patrimonio debe ser igual o mayor a un sexto del total de primas emitidas, caso contrario la empresa puede llegar a ser intervenida. Para el caso de MINIMED debido a que se realizó la proyección partiendo de las ventas reales del 2010 este sería el único año en el que el patrimonio es menor a un sexto de las ventas, desde el año 2012 se cumple con el requerimiento del organismo de control hasta

sobrepasar el total de las primas emitidas en el 2016. La razón de este crecimiento continuo del patrimonio es que no se ha definido políticas de repartición de utilidades para el producto, lo que se pretende proyectar es que MINIMED aporte con los valores de utilidades retenidas calculadas a la compañía de seguros quien debe encargarse con decisiones gerenciales de la repartición de utilidades, la inversión o en su defecto la reinversión local o internacional y demás opciones. (Ver Anexo 8)

- s) **Oxigenación de cartera.** Se trata de un indicador interno de la compañía el cual servirá para equilibrar la cantidad de ventas nuevas necesarias para mantener la siniestralidad dentro de los rangos esperados. Como hace referencia el capítulo 2 al hablar de lo Siniestros pagados expresados en valores y por año, son las primas de renovación las que se ven más afectadas por la siniestralidad ya que por las características del producto en el segundo año los asegurados ya tienen derecho a coberturas de enfermedades preexistentes y la curva de aprendizaje sobre el uso del producto ya se habrá superado por los usuarios por lo que la siniestralidad de renovación puede llegar al 85% mientras que la siniestralidad normar de las ventas nuevas es en promedio de 20% lo que causa una oxigenación de la cartera total y un equilibrio de la siniestralidad global del producto.

Para el cálculo del indicador se ha tomado en cuenta el valor de la prima emitida con antigüedad menor a un año, es decir prima de venta nueva o de

primer año, dividido contra la prima de renovación o la prima de pólizas que ya están en su segundo año de vigencia o más.

Hay que tomar en cuenta que se ha proyectado que las ventas nuevas crezcan a razón de un 10% en valor de prima, mientras que las renovaciones crecen en cada año según el total de cartera antigua renovada más la cartera que cumple más de un año de vigencia renovada menos las cuentas cancelada y más el incremento en primas lo que da un promedio de 12% anual.

Basados en la premisa anterior se puede decir que de mantenerse el nivel de ventas proyectadas con la tasa de incremento de primas anuales llegará un punto a largo plazo en el cual la siniestralidad de la cartera nueva no logre equilibrar la siniestralidad total del producto aunque escenario probable después del 2019 por lo que se mantiene la siguiente relación: por cada dólar de renovación al menos 29 centavos de dólares pertenecen a la venta nueva lo mismo que de mantenerse todas las otras variables genera una siniestralidad total de 57% aproximadamente desde el 2013 hasta el 2019. (Ver Anexo 8)

- t) **Valor Actual Neto (VAN) y Tasa Interna de Retorno (TIR).** El uso de éstas herramientas de análisis de rentabilidad, pretende ser una guía para el inversor al momento de analizar el costo de oportunidad entre invertir en

un proyecto o utilizar algún mecanismo financiero que genere rentabilidad por lo que se procederá a comparar los flujos netos que genere la operación del producto a través de los primeros 5 años descontando la tasa de retorno esperada en un proyecto financiero. Para efectos de esta tesis se ha tomado en cuenta la tasa del 8% como tasa de descuento lo que nos ayuda a tener una idea de si la sumatoria de los flujos netos esperados restado de la inversión inicial genera un saldo positivo o al menos mayor a uno.

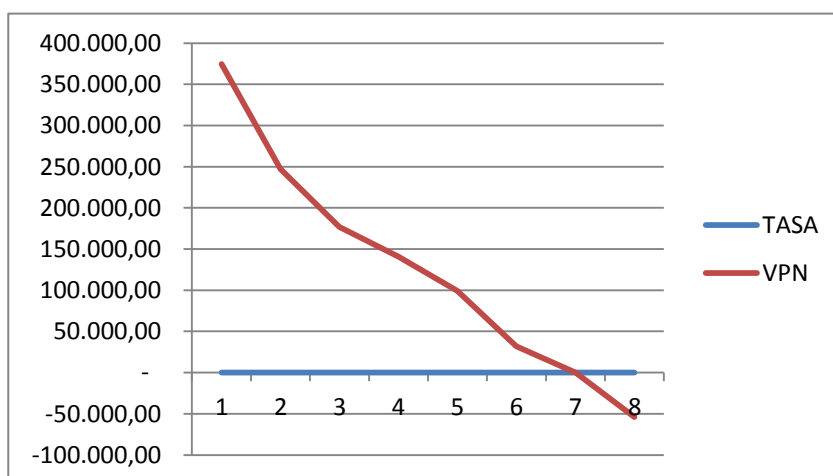
En el siguiente Gráfico se puede ver con claridad el resultado de este cálculo y cuál sería la tasa interna de retorno para este producto. Hay que tomar en cuenta que la tasa interna de retorno es el valor de descuento que hace que el resultado del VAN sea igual a cero.

GRÁFICO 23

CONCEPTO	INICIAL	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Total Flujo de Operacional</i>	-266,396.14	8,960.74	129,832.56	283,030.58	134,934.22	290,012.45
Descuento Annual	100%	93%	86%	79%	74%	68%
Flujos Netos Descontados	\$ -266,396.14	\$ 8,296.98	\$ 111,310.50	\$ 224,678.80	\$ 99,180.68	\$ 197,377.60
VALOR PRESENTE NETO	\$ 374,448.42	8%				

TASA	VPN
0.08	\$374,448.42
0.15	\$247,001.60
0.20	\$176,645.43
0.23	\$140,767.31
0.27	\$98,978.01
0.35	\$31,816.81
0.3975	0.00
0.50	(\$54,013.43)

TIR



4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. CONCLUSIONES

- Luego de realizado el análisis sobre la Autosustentabilidad del producto MINIMED se puede concluir que el mismo cumple en el mediano plazo (10 años) con las expectativas de cubrir todos los costos operativos incluyendo a la siniestralidad así como los costos administrativos que genera la mantención e incremento de la cartera con las primas recaudadas por la colocación del mismo. Hay que tomar en cuenta que el estudio realizado se desarrolló sin el uso de un reaseguro para este producto, lo que indica que todos los siniestros individuales y catastróficos que tengan los asegurados repercutirán contra el estado de resultados del MINIMED, sin embargo el indicador más sensible que tiene el producto es justamente su siniestralidad, si sobrepasa los límites normales proyectados esta puede hacer el que producto genere resultados negativos y sea necesario utilizar el patrimonio de la compañía para pagar los siniestros.
- Con respecto a la rentabilidad que produce MINIMED a través del tiempo, siempre y cuando se logre controlar la siniestralidad según lo proyectado, el producto genera un margen de utilidad antes de impuestos de 32% por año en promedio, mientras que el si comparamos los flujos netos futuros de los primeros 5 años de funcionamiento del

producto contra la inversión inicial podemos decir que el Valor Actual Neto a corto plazo del producto es positivo, con una tasa de retorno de 39.75% , a lo que en otras palabras catalogaríamos al producto como una buena inversión de la compañía.

- Los indicadores financieros en los cuales un gerente del producto debería enfocar su atención serían los indicadores más sensibles que afectan directamente a los resultados del producto, en este caso se ha determinado que la siniestralidad es uno de esos indicadores, el mismo que si sufre una variación relativamente pequeña puede hacer que la utilidad o pérdida se vean afectadas por lo que se concluye que para que el producto se mantenga rentable la siniestralidad no debería sobrepasar el 70%.

4.2. RECOMENDACIONES

Luego de haber concretado el objetivo de demostrar si el producto MINIMED es completamente rentable y autosustentable para la compañía aseguradora, se debe hacer hincapié en los lineamientos que mantendrían al producto generando esa productividad e independencia.

Durante el desarrollo de esta tesis se han encontrado diferentes tipos de falencias en la estructura del producto MINIMED, así como también posibles amenazas importantes generadas por las normativas legales aprobadas, las cuales no solo crean el riesgo de

afectar al producto sino también al mercado asegurador específicamente si de asistencia médica y vida se trata, por lo que a continuación se detallan las recomendaciones resultado del análisis y estudio.

- Se recomienda mantener o incrementar la rentabilidad del producto a través del análisis de inversiones que generen mayor rentabilidad que las detalladas en los estados financieros, así como también, utilizar el dinero que se activa por la liberación de reservas técnicas para aumentar la cantidad de inversión realizada.
- Si bien es cierto se ha determinado que el producto MINIMED es completamente autosustentable y que puede funcionar sin transferir el riesgo aceptado a una reaseguradora, se recomienda que al menos se contrate un reaseguro para eventos catastróficos ya que la mayor parte de su cartera se encuentra concentrada en la ciudad de Quito y de existir un evento de gran tamaño como erupción volcánica o terremoto este puede afectar a la mayoría de sus asegurados obligando a la compañía a indemnizar sumas superiores a su patrimonio local.
- Se recomienda tomar en cuenta las diferentes afectaciones que puede tener la LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES en su Art 25 ya que la misma obliga a las empresas del sector, sean de medicina prepagada como aseguradoras a aceptar a las personas con discapacidades y con enfermedades terminales dentro de sus contratos de

servicios y pólizas sin la posibilidad de que las mismas tengan derecho a extraprimar los productos según el riesgo evaluado ya que a esto la ley lo ve como una discriminación. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben unir sus fuerzas para que se apruebe un reglamento a dicha ley ya que de aplicarse textualmente puede exponer a éstas empresas a riesgos tan elevados que lleven a éstas empresas a cerrar sus puertas.

- Técnicamente el producto MINIMED está diseñado para mantener un nivel alto de renovaciones cada año ya que un usuario del producto desde el segundo año tiene cobertura para enfermedades preexistentes sin límite, por lo que la variable de crecimiento de cartera a través del tiempo es una ventaja. Dicha ventaja se vería potencializada si el producto ofrecería una continuidad de cobertura a sus posibles clientes en el caso de que tengan vigentes otras pólizas de seguros o sean usuarios de la medicina prepagada. Si bien es cierto incrementaría la siniestralidad de primer año, esta puede ser controlada otorgando límites para las coberturas de preexistencias en el primer año, pero las ventas nuevas podrían hasta triplicarse en el corto plazo, por lo que se recomienda ofrecer este tipo de beneficios tal como lo hacen el resto de empresas del mercado con esto aumentarían las primas y se nivelaría el monto de siniestralidad total esperada.

BIOGRAFIA

LIBROS

1. BURBANO RUIZ Jorge e. y ORTÍZ GÓMEZ Alberto, *Presupuestos Enfoque Moderno de planeación y control de recursos (Segunda edición)*
2. MAGGE John, *Seguros Generales, Segunda Edición, Ed. Hispano Americana, UTEHA, México, 1987.*
3. SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS DEL ECUADOR, *Ley General de Seguros.*
4. SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS DEL ECUADOR, *Reglamento General a la Ley General de Seguros del Ecuador.*
5. LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES, *Artículo 25*
6. PÓLIZA DE SEGUROS MINIMED.
7. LEY QUE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA
8. LUIS ANTONIO TERÁN ALVARADO, *Diseño y evaluación actuarial de un plan de medicina prepagada para personas mayores de 50 años en el Ecuador,* Ecuador 2007

REVISTAS

9. REVISTA EKOS, *Pequeñas y medianas empresas en el Ecuador, seguros de asistencia médica,* edición especial 2012.
10. RESEÑA LEGISLATIVA, *Seguros de Salud en Ecuador,* edición No. 196 2011

INTERNET

11. BANCO CENTRAL DEL ECUADOR, www.bce.fin.ec
12. GESTIOPOLIS, www.gestiopolis.com
13. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, www.iess.gov.ec
14. PACIFIC CREDIT RATING, www.ratingspcr.com
15. SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y COMPANIAS DEL ECUADOR, www.superban.gov.ec
16. EKOS 2011.
[<http://www.ekosnegocios.com/negocios/especiales/documentos/pymes.pdf>.],
Revista Ekos.
17. [http://www.impuestosecuador.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=49]
18. [<http://www.edicioneslegales-informacionadicional.com/leyes/15-07-10/Ley%20que%20Garantiza%20la%20Seguridad%20Social%20a%20las%20Mujeres.pdf>] SILVIA SALGADO, ASAMBLEISTA NACIONAL